

Tomo XXVI N° 1

Marzo de 1952

**BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA**

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:
Dr. ROBERTO BERRO
Domicilio: YI, 1486

Jefe:
Sr. EMILIO FOURNIE

100

ELIZABETH McCORMICK MEMORIAL FUND
LIBRARY
848 North Dearborn Street
Chicago

Dirección y Oficinas del Instituto:
18 DE JULIO N.º 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

Tomo XXVI N° 1

Marzo de 1952

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:

Dr. ROBERTO BERRO

Domicilio: YI, 1486

Jefe:

Sr. EMILIO FOURNIE

100

Dirección y Oficinas del Instituto:

18 DE JULIO N.º 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA
ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

Consejo Directivo — Delegados oficiales

Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
	" Gerardo Segura (resid. en Buenos Aires)
Bolivia	" Cecilio Abela (residente en La Paz)
	(1) (residente en Montevideo)
Brasil	Dr. Joaquim Martagão Gesteira (resid. en Río de Janeiro)
	" Walter Jobim (resid. en Montevideo)
Colombia	" Héctor Pedraza (residente en Bogotá)
	(1) (residente en Montevideo)
Costa Rica	" Carlos Sáenz Herrera (residente en San José)
Cuba	Prof. Emilio Verdesio (residente en Montevideo)
Chile	Dr. Félix Hurtado (residente en Habana)
	Dra. María L. Saldún de Rodríguez (resid. en Montevideo)
	Dr. Guillermo Morales Beltrami (residente en Santiago)
	" Enrique Gajardo V. (residente en Montevideo)
Ecuador	" Carlos Andrade Marín (residente en Quito)
	" Víctor Escardó y Anaya (residente en Montevideo)
	" Marco Tulio Magaña (residente en San Salvador)
	" Walter Piaggio Garzón (residente en Montevideo)
El Salvador	Dra. Martha M. Eliot (residente en Washington)
Estados Unidos de América	Sr. Edward G. Trueblood (residente en Montevideo)
Guatemala	Dr. Ernesto Cofiño (residente en Guatemala)
	(1) (residente en Montevideo)
Haití	Sr. Clément Jumelle (residente en Port-au-Prince)
	" Raoul Mellet (residente en Montevideo)
Honduras	Dr. Romualdo B. Zepeda (residente en Tegucigalpa)
	Sr. Juan H. Doregger (residente en Montevideo)
México	Dr. Pedro Daniel Martínez (residente en México)
	Sr. Pedro Cerisola (residente en Montevideo)
Nicaragua	Dr. Emilio Lacayo (residente en Managua)
	" Alfredo Ramón Guerra (residente en Montevideo)
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés (residente en Panamá)
	Sr. Ernesto B. Fabrega (residente en Montevideo)
Paraguay	Dr. Ricardo Odriósola (residente en Asunción)
	" Fernando Abente Haedo (residente en Montevideo)
Perú	" Otto Fieck Campodónico (residente en Lima)
	" Manuel Villar (residente en Montevideo)
Rep. Dominicana	" Rafael Santoni Calero (residente en Ciudad Trujillo)
	Sr. Miguel Román Pérez (residente en Montevideo)
Uruguay	Dr. Julio A. Bauzá
	" Ernesto Vizcarrondo (residente en Caracas)
Venezuela	Sr. Melquiades Parra Márquez (residente en Montevideo)

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro

Vicepresidente: (1)

Secretario: Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Roberto Berro

(1) Vacante.

BOLETIN
 DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
 DE
PROTECCION A LA INFANCIA

SUMARIO — SOMMAIRE — CONTENTS

	Pág.
Profesor Emilio Fournié. (Retrato)	frente a págs. 6
Un grato acontecimiento. El profesor Emilio Fournié cumple 80 años. Por el doctor Roberto Berro (Montevideo-Uruguay)	7
La atención del Niño en la República Argentina. Por el doctor Pedro Rueda (Rosario de Santa Fe - Argentina)	10
Asistencia Internacional a la Infancia. UNICEF en América Latina. Por el doctor Manuel Salcedo F. (Lima-Perú)	17
Mortalidad perinatal y mortalidad infantil en el Uruguay. Por el doctor Julio A. Bauzá (Montevideo-Uruguay)	27
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Cambios de Delegados	59
Conferencias y Congresos: Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil. Santa Fe, Argentina. — Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana. Medellín. — V Conferencia Regional de la Oficina Internacional del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. VI Congreso Nacional de Nipología y II Jornada Internacional Nipiológica. Torino, Italia. — Primer Congreso Internacional de Dietética. Amsterdam, Holanda	60
Libros y Revistas: Finlay. Por César Rodríguez Expósito. — Poliomielitis anterior aguda. Parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México. Por el doctor Alfonso G. Alarcón. — El Hospital Infantil y Maternal en España. Por el doctor Juan Bosch Marín. — La puericultura del lactante en España. Por el doctor Juan Bosch Marín. — Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatría. Volume I. — Collected Reprints of the Grantees of the National Foundation for Infantile Paralysis. — Manual de pediatría. Por el doctor Rogelio H. Valenzuela. — Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres	72
Informaciones: Equipos de obstetricia. UNICEF. — La doctora Martha M. Eliot recibe un premio	79



Emilio Fornie's



Digitized by the Internet Archive
in 2024

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Un Grato Acontecimiento

El profesor EMILIO FOURNIE cumple 80 años

Un ejemplar funcionario del INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA, el Jefe de todas sus oficinas y especialmente encargado de nuestro "Boletín", ha alcanzado el 27 de febrero p. pdo. la edad de 80 años, en pleno ejercicio de sus tareas, desarrolladas siempre con una escrupulosidad y eficiencia muy difíciles de superar, y poniendo en toda su dinámica actuación el sello inconfundible de su vocación por los problemas de la infancia, de su cariño por nuestro organismo, que integró desde el primer día, hace ya un cuarto de siglo, y del respeto y admiración que invariablemente tuvo por su ilustre fundador el doctor Luis Morquio, y por su presidente el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Toda su vida evidencia una bien clara y mejor sentida vocación por el niño. Ayudante en el Magisterio a los 14 años, se recibió de maestro a los 21. Ejerció la docencia en los medios rurales y en la capital, no sólo como maestro sino como profesor en el Instituto Normal de Señoritas. Su actuación destacada lo elevó pronto al cargo de Inspector departamental (Canelones, Río Negro y Soriano), y luego ya pasó a funciones de mucha mayor responsabilidad: Jefe de departamento en la Dirección General de Enseñanza Primaria, Inspector adjunto y desde 1916 Inspector Técnico General, cargo en el que se jubiló en junio de 1927 después de más de cuarenta años de ahincada, inteligente y honestísima labor magisterial y administrativa, habiendo adquirido para esta última una excepcional preparación pues duplicando su esfuerzo, a los 27 años había obtenido el título de Contador público en la Universidad de Montevideo.

El Dr. Morquio que mucho apreciaba las dotes de excepción del profesor Fournié, al conocer su propósito de jubilarse tomó la feliz y acertada resolución de llamarlo a colaborar en el INSTITUTO AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA que se estableció en Montevideo, como bien sabemos el 9 de junio de 1927. Y todo lo que podemos decir de su actuación es que Fournié fue y es "absolutamente insustituible" en su triple faz de capa-

ciudad, conducta y ejemplo. Desde 1935, en que tomamos la Dirección del organismo es un excepcional colaborador y un puntal bien firme de la institución, que él viera nacer, ayudara a vencer los vacilantes primeros pasos, y alcanzara a ver hoy en plena jerarquía internacional contando en su seno con la adhesión total de las 21 repúblicas americanas.

La actividad y el dinamismo optimista de Fournié lo llevaron a colaborar en casi todas las obras en que la causa del niño requería el esfuerzo de los buenos, los capaces y los sanos. Así mientras fué maestro publicó importantísimos trabajos en los "Anales de Instrucción Primaria del Uruguay", y patrocinó obras fundamentales de extensión cultural. Los cursos para Maestros de 2º Grado del Instituto Normal tuvieron por iniciativa del profesor Fournié el carácter de cursos mixtos para maestros y maestras normalistas y nacionales. Las Comisiones de Fomento Escolar, una para cada escuela de tan señalada actuación, fueron también iniciativa suya en 1918; lo mismo debemos decir de la "Escuela de Vacaciones" para niños, y los "Cursos de Vacaciones" para maestros en ejercicio, que organizó desde 1917 a 1927 del establecimiento de clases jardineras en las escuelas públicas y de la utilización de las proyecciones luminosas y la cinematografía en la enseñanza escolar en todo el país.

El analfabetismo y la deserción escolar preocuparon siempre a este gran maestro. Así lo vemos constituirse en figura destacada en la campaña contra el analfabetismo que se realizó en el Uruguay desde 1927 a 1930.

Ha representado con brillo a su país en diversos certámenes: el IIº Congreso Científico Latino Americano (Montevideo 1901), el 1er. Congreso Panamericano del Niño (Buenos Aires 1916), el IIº Congreso del Niño en el que fué tesorero del Comité Organizador (Montevideo 1919), y también en el IIIer. y VIº Congreso del Niño realizados en Río (1922 y Lima (1930).

Como funcionario del INSTITUTO publicó sesudos artículos en el "Boletín" y dirigió y resumió con su característica imparcialidad los resultados de importantes encuestas realizadas, entre las que debemos señalar por su trascendencia continental la que se dedicó al niño indígena americano en 1934.

Los que conocen el INSTITUTO saben bien los méritos de la Biblioteca Pública especializada anexa a nuestro organismo. Pues bien, digamos con verdad, que lo mejor de ella es obra de Fournié. Por eso cuando los visitantes nacionales y extranjeros la elogian con calor, siempre nos complacemos en señalar a quien la organizó y la mantiene en tan elevada situación.

Otro título —y muy grande por cierto— tiene el profesor Fournié para la consideración de todos los que se preocupan en nues-

tro país del bienestar del niño: integró en 1933 la Comisión Redactora del Código del Niño del Uruguay, y luego al instalarse el primer Consejo del Niño puso toda su actividad al servicio de la División Educación en forma absolutamente desinteresada.

Finalmente diremos que no ha habido en nuestra capital iniciativa a favor del niño, ni asociación benéfica destinada a atender un problema cualquiera de la infancia normal, abandonada o deficiente que no haya contado, en el transcurso de medio siglo hasta los días actuales, con la colaboración, el consejo y la actividad del profesor Fournié, que sintió la vocación del niño y supo cumplir celosamente con ella.

Hemos tenido dificultad para precisar en muy breves párrafos una vida tan digna y bien llena de hechos y realizaciones de mérito singular, pero debemos agregar, antes de poner punto final a estas páginas, que el aniversario que celebra Fournié, en el silencio que siempre impuso a todas sus cosas la modestia ejemplar de este luchador, conmueve cariñosamente a todo el funcionariado del INSTITUTO, desde los más antiguos y de mayor jerarquía hasta aquéllos más nuevos y que recién empiezan sus tareas.

Todos, rodean hoy al hombre capaz, probo y bueno, que impuso al organismo un ritmo de orden y trabajo que ya nunca podrá alterarse. Y en la fecha en que se consagró octogenario lo honraron y festejaron haciendo votos muy sinceros para que su salud y su actividad le permitan seguir por muchos y muchos años al servicio del INSTITUTO, y para bien de la niñez de esta patria a quien por mucho quererla ha sabido servirla con inteligencia, sacrificio y devoción.

Roberto Berro

Montevideo, marzo de 1952.

La atención del Niño en la República Argentina

Por el Dr. Pedro Rueda

**PROFESOR DE PUERICULTURA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA**

(Rosario de Santa Fe - Rep. Argentina)

Nuestro ideal en la atención integral del niño es llevarlo a tal grado de eficiencia en lo intelectual, moral y físico para formar un hombre tan perfeccionado que nos exima de todo esfuerzo ulterior en la conducta, de manera que no necesite, ni leyes, ni reglamentos, ni cárceles, que sea capaz de cumplir rigurosamente las máximas: "Honeste vivere, Neminem laedere, Suum quique tribuere".

La amplitud de la mentalidad humana referida a la elaboración intelectual, moral y física del niño, nos parece el trabajo de vasto territorio que habría que explorar, movilizar, transformar, cultivar y vivilizar para utilizar convenientemente sus posibles aprovechamientos.

Tal es el incommensurable problema que la Sociedad debe resolver para llenar cumplidamente las diversas fases que exige elaborar la aptitud del niño en forma cabal e integra. Nos invade la duda, porque pretender la solución completa de tan noble afán, parece empresa utópica que obliga a frenar nuestra audacia, buscando reducir la magnitud del propósito.

Entendemos que siendo único el complejo, todos sus aspectos, forman núcleo homogéneo y solidario que deben contemplarse firmemente, si queremos tratarlos en su debida extensión. De ahí que no podamos, ni debamos cercenar del cuadro, ningún capítulo, pues no hay renglón que carezca de importancia. El estudio meditado del "todo" exige la total intervención de los conocimientos humanistas. El problema del niño abarca largo período de vida, presentando sus múltiples matices, sucesión ininterrumpida, cuyo "tratamiento", va perfilando la armonía del conjunto que se completará con el tiempo, para ofrecerlo con acabada y mejor formación. Los agentes que intervienen en la "elaboración" del complejo, van recibiendo y entregando sucesivamente "el motivo" cada vez más elaborado. Es por ello que no podemos aislar ninguno de estos "actos parciales" si deseamos alcanzar correcta y cumplidamente nuestra finalidad. Tan es así que antes de nacer, comenzamos ya la acción, eligiendo progenitores de la mejor constitución, —momento básico— que no quita mérito alguno a ulteriores o simultáneas acciones que cumplirán a su vez importante rol.

Con las someras ideas que acabamos de exponer, se comprenderá la enorme extensión que abarca nuestro cometido. Lo resumiremos en las proposiciones siguientes:

De orden médico y médico social. De orden social exclusivo. De orden pedagógico. De orden psicológico. De orden ético y moral. De orden estético. De orden económico. De orden jurídico.

Consecuencia directa y obligada de estos conceptos, es la declaración ecuménica de los **Derechos del Niño**, promulgados desde muchas décadas tales son: derechos a la vida ,a la paternidad, al amor, a la verdad, a la salud, a la alegría, a la instrucción, al sustento, al aire puro, a la luz del sol, al agua abundante, a la limpieza, al ejercicio corporal, a la vivienda higiénica. La vastedad del tema impide desarrollarlo en el breve espacio de un artículo, tendremos entonces que resumir nuestro cometido que además de ser necesariamente incompleto, nos sentimos imposibilitados de agotarlo. Detallar con exactitud la exposición, es cosa ardua, ya que muchas cuestiones son de resorte oficial no siempre asequibles para nosotros.

Una impresión discreta del adelanto que la atención del niño goza en la Argentina, exige separar lo correspondiente a acción privada y a acción oficial. Entendemos que todo progreso de un país, es corolario de la actividad privada, verdadera inquietud original del esfuerzo humano promovida inicialmente por la clase intelectual que al perseguir la mejora social, se adelanta siempre al Gobierno —entidad abstracta— que sólo percibe a la distancia las necesidades que el hombre culto viene desarrollando para el bien del pueblo. Claro está, que el gobierno condensa con el poder de la autoridad y la capacidad económica, la realización de aquellas inquietudes. Breves y elocuentes hechos apoyan nuestra tesis.

¡Cuánta ignominia sufrió el sabio Pasteur para imponer su doctrina!

¡Cuánta injusticia tuvo que padecer Semmelweis, cuando descubrió la trasmisión de la fiebre puerperal! Y el apóstol de la lucha contra la fiebre amarilla que dedicó su vida y necesitó tanto tiempo para abrir los ojos y la conciencia de los hombres para que aprendieran a vencer el poder oculto y mortífero del mosquito. Nombramos a Finlay. Son los mejores ejemplos del valor inapreciable de la acción individual en la marcha del progreso humano y más diríamos, prueba fehaciente de la tozudez del hombre para reconocer su error y aplicar la verdad. Si estos hechos palmarios tienen que sufrir largo proceso de maduración para penetrar en la práctica, fácil es comprender, cuanta dificultad habrá que superar en la solución del difícil problema del niño, para ofrecer la razón y sobre todo para alcanzar la práctica feliz en el terreno social. Para tener idea de la labor que debemos desarro-

llar en la redacción de este informe, recordamos que la forma de gobierno argentino comprende: el nacional y el de las provincias que ejercitan su autonomía, política y administrativa. De ahí que muchas prácticas: instrucción pública, legislación, sanidad, cultura, etc., no marchan en forma paralela, ni con igual progreso. En fin, las condiciones de ambiente, de recursos, el clima mismo, influyen directa o indirectamente en el grado de dedicación al cuidado del niño.

Comenzaremos nuestro informe por el capítulo

DE ORDEN MEDICO Y MEDICO - SOCIAL

Mortalidad Infantil: Nos referimos a la mortalidad de cero a un año, de los niños vivos. Nuestra Argentina da para el año 1947 una cifra global de 76.2 por mil, cantidad que se descompone así: Capital Federal —la más favorecida— 39.5, siendo las más atrasadas Jujuy con 168.9, Salta, San Juan y San Luis con 134.7 por mil.

SERVICIOS SANITARIOS DE LA INFANCIA: Antes de 1947 cada ciudad capital o centro importante tiene Hospital de Niño, Sala de Niño anexa a Hospital común, así como Maternidad. Funcionan además Dispensarios, Gotas de leche, Consultorios infantiles en esos mismos centros.

Desde 1947 en adelante, el Gobierno Nacional ha emprendido una extraordinaria campaña para atender el cuidado del niño en el orden sanitario, disponiendo la construcción de 17.444 camas destinadas, incluso a Maternidad y distribuidas en todo el país, desde los grandes centros hasta las regiones más apartadas, con preferencia de aquéllas donde hay mayor morbi-mortalidad de niños. Creemos que cuando se termine esta magna concepción, la Argentina figurará entre los países más adelantados del mundo en cuestión de sanidad infantil.

La Fundación "EVA PERON", nombre de su fundadora, es una poderosa Institución con gran capital, dedicada a múltiples actividades, médico-social y sociales puras. Dará una idea de su economía, el hecho que hace pocas semanas el V Congreso Nacional entregó de una vez 97 millones de pesos. Recibe además donaciones de empleados, obreros, instituciones privadas, etc., sumas cuantiosas. Ha fundado en Buenos Aires la "Ciudad Infantil" establecimiento donde el niño tiene: casa, jardín, teatros, etc. Construye también en las ciudades del país sénulos establecimientos, hogares, escuelas, hospitales, todo dedicado al niño.

Creemos difícil superar estas creaciones al menos dentro de su objetivo.

UNIVERSIDADES MEDICAS: de las seis que funcionan, cuatro están en pleno florecimiento y dos en formación. Las primeras con sus planes de Pediatría y Puericultura en parecida forma que las de Francia.

Sociedades de Pediatría y Puericultura. Muchas de éstas funcionan desde principios del siglo. Hace pocos años se crearon en la mayoría de las ciudades importantes, nuevas que desarrollan actividad científica, celebrando Jornadas Pediátricas anuales. En abril p.p. se realizó en Mendoza, una, donde acudieron trescientos pediatras del país y de Chile, Brasil y Uruguay. En el año próximo se reunirá otra de igual carácter en Tucumán.

Además ciertas provincias —Santa Fe, quizá la más adelantada— mantiene desde veinte años el Congreso Provincial del Niño. Lleva a la fecha celebradas cuatro reuniones donde se debaten todos los problemas atinentes al niño.

Publicaciones Médicas Pediátricas. Casi todas las asociaciones a que aludimos más arriba publican revista mensual, bimensual o trimestral. Algunas de éstas gozan de renombre mundial.

Enseñanza de Puericultura en escuelas. En toda escuela elemental y secundaria se enseña puericultura. Nos cabe el honor de haber sido "pioner" en este movimiento, iniciándolo en 1912.

Visitadoras de Niños. Colonias de Vacaciones. Cooperadoras escolares. Comedores Escolares. La feliz iniciativa de W. Bion, de Zurich en 1876, prendió vigorosamente en Argentina. Tenemos unidades urbanas, suburbanas, rurales, marítimas y de montaña que alivian a niños escolares pobres. Los comedores escolares se han vuelto una función obligada, pues todos los gobiernos de la República desarrollan intensa actividad para alimentar buena parte del año a los niños carentes de recursos. Otra actividad encomiable es la que vecinos de cada escuela argentina forman con el nombre de **Cooperadoras Escolares**, ayudando con alimentos y útiles a los niños de sus respectivas escuelas en ciudad y campaña.

Visitadoras de Niños. Existen en todas las ciudades del país.

Cuerpo Médico Escolar. Toda escuela argentina tiene anexa su cuerpo médico que vela por la salud de docentes y niños.

Cine y Radio. Estas modernas conquistas son muy aprovechadas en divulgaciones de todo orden para instruir al pueblo de lo que saca utilidad el problema médico social.

DE ORDEN SOCIAL EXCLUSIVO

Problema del salario. Desde el advenimiento del actual gobierno, se ha elevado considerablemente el salario obrero, así como to-

do sueldo de quien trabaja intelectual o materialmente, tanto oficial como no oficial. Este hecho tan plausible —sobre todo para la clase obrera— contribuye a mejorar la situación del niño. Desgraciadamente la deficiente instrucción del pueblo trabajador, impide que produzca a la brevedad lo que todos deseamos para bien del niño.

Problema de la vivienda. La crisis mundial de la vivienda asuela también a la Argentina, pero la mejora económica del obrero y en general de los que trabajan, así como la preocupación del hombre y de todos los gobiernos está perfilando una feliz orientación para lograr la habitación higiénica que tanto favorecería a la salud del niño particularmente.

DE ORDEN JURIDICO

Gran número de leyes, disposiciones y reglamentos nacionales o provinciales rigen sobre cuestiones civiles, sociales antiguas y recientes, que favorecen sustancialmente la vida y comodidad de quien trabaja en nuestro país.

Régimen de jornales y salarios. Salas cunas en fábricas. Amanantamiento para obreras. Vacaciones pagas para todos, tanto intelectuales como no intelectuales, están en vigencia en todo el territorio de la nación. La nueva Constitución proclama los derechos: del trabajador, ancianidad, la familia, la niñez, educación y la cultura.

La Asistencia Social procura (Beneficiencia, Hogares, Menores abandonados o delincuentes, Huérfanos) Patronato de Menores. Ley de adopción. Tribunales de Menores funcionan en la Nación y Provincias. El Código del Niño en Provincias y en la Nación está en vigencia. Numerosas otras disposiciones largo de enumerar: exención de impuestos a familias numerosas, aumento de salario hasta que los hijos cumplan 15 años, subsidio por parto, nacimiento y lactancia, etc., etc., están rigiendo en el pueblo argentino.

DE ORDEN PEDAGOGICO

Analfabetismo: Siendo este factor expresión de atraso de un pueblo y por tanto causa de infelicidad del niño, pensamos decir brevemente, como está la Argentina al respecto. Se realizó un censo en 1943 que dió el siguiente resultado: sobre 1.871.973 habitantes, entre 14 y 21 años, había 127.063 analfabetos, vale decir el 6.8%, cifra que seguramente debe haber mejorado, pues a la fecha fundaron muchas escuelas. Además la Constitución establece como condición para las autonomías provinciales la de garantir y asegurar la instrucción primaria. En fin, el cuerpo docente en toda la República recibió una sustancial mejora de sueldos al 300 por 100 o más.

DE ORDEN PSICOLOGICO

Desde 1900 se inició un movimiento de opinión en Buenos Aires, fundándose en distintas partes del país instituciones para hallar soluciones a múltiples cuestiones relativas a la infancia y juventud y crear a la vez conciencia colectiva de la importancia que tiene la atención del niño y adolescente en tantos aspectos.

Se formaron asociaciones que luego las absorbió el Gobierno. Podemos afirmar que existe en Argentina, en gobernantes y pueblo, concepto acabado de atender debidamente esta inquietud para formar mejor el hombre futuro.

Los procedimientos psicotécnicos crecen actualmente con entusiasmo. Recordamos al iniciador Profesor Víctor Mercantes, el primer investigador experimental en estas cuestiones.

En 1925 el Superior Gobierno creó el Instituto de Psicología y Orientación Profesional. Retomado luego por una asociación privada, el Museo Social Argentino, le dió mejor vida. En 1926 la Facultad de Ciencias Económicas de B. Aires creó el Laboratorio de Psicología Experimental y en 1937 la Facultad de Filosofía con una sección de Psicotecnia.

Muchas escuelas del país y colegios secundarios aplican el método de "test" para determinar el grado de inteligencia y la aptitud del niño y del adolescente.

En la Capital de Santa Fe y en la Ciudad de Rosario se promueve con verdadero entusiasmo el estudio de problemas de psicotecnia y orientación profesional que provocan desarrollo acentuado en muchas partes de la República. Fué Rosario el centro que mayor atención prestó a estas inquietudes, fundando el Instituto Joaquín V. González que cumplió intensa y ponderable actividad.

Parecidas actividades nacen después en otras provincias: Córdoba, Mendoza, Buenos Aires.

Estos trabajos han llevado paulatinamente la comprensión de los principios de psicología diferencial, individual y evolutiva en la atención de la niñez y adolescencia, promoviendo la creación en todo el país por los gobiernos estadales como función definitiva, la instalación de cuerpos técnicos que desarrollan gran actividad y mucho provecho en la práctica de estos conocimientos.

Agregaremos que en 1948 el Gobierno Nacional, creó el Consultorio de Orientación Profesional y Escolar para contemplar problemas atinentes al niño y al joven con relación a conveniencias de orden físico, intelectual y moral. Los interesados pueden formular sus preguntas desde cualquier punto del país.

DE ORDEN ETICO Y MORAL

Desde hace pocos años se ha establecido la enseñanza de moral y religión católica en todos los establecimientos escolares de primera y segunda enseñanza del país.

Desde varios lustros rige en todo el territorio de la República Argentina la ley prohibicionista.

DE ORDEN ESTETICO

Múltiples actividades comprende este capítulo de la preparación del niño, tales son: danza, declamación, dibujo, escultura, teatro infantil, cultura física, artes plásticas, masas corales, clubes colegiales de dramatización, formación de pequeñas orquestas juveniles, exposiciones y muestras de carácter manual y artístico pictóricas.

Los programas de las escuelas elementales y en cierto grado las secundarias nacionales y provinciales contienen este conjunto de enseñanza que se desarrolla muy activamente para la mejor preparación de la mentalidad en el alma y el cuerpo del niño argentino, cuya disposición es además exquisitamente sensible a estas inquietudes. Figuran en toda figuración de fiestas escolares con carácter de infaltables actos que ponen a prueba la disposición tan feliz del niño.

Cabe destacar que fué en Rosario de Santa Fe donde se creó por primera vez el teatro infantil como iniciativa Municipal en el año 1925. Ejemplo plausible que cundió después en otros centros: Capital Federal, Córdoba, Mendoza, etc.

DE ORDEN ECONOMICO

Una clara interpretación del progreso que reina en la Argentina en el tema que venimos tratando, nos lo darían los presupuestos de Instrucción Pública que el país gasta para este orden de atención; desgraciadamente no hemos podido lograr conocer este dato, sin embargo podemos asegurar que en todos los Estados de la República la suma de dinero empleada ha crecido enormemente en estos últimos años.

UNA SUGESTION ORIGINAL NUESTRA

Como corolario de tan trascendental problema y comprendiendo su extraordinaria extensión y complejidad, creemos que una forma más práctica y eficaz de mejorar sino resolver tan ardua cuestión sería CREAR EL MINISTERIO DEL NIÑO. La ganadería y la agricultura no tienen mayor importancia y sin embargo ostentan sendos Ministerios.

¿Por qué no hemos de crear por lo menos el Ministerio del Niño?

Asistencia Internacional a la Infancia

UNICEF en América Latina

Por el doctor Manuel Salcedo F.

(Lima - Perú)

Introducción. — La guerra que terminó en 1945 dejó un tremendo saldo de destrucción y muerte en los países víctimas de la agresión. La desorganización de los servicios públicos y de asistencia en estos países crearon una situación de verdadero caos cuyas víctimas más propicias fueron los niños y los adolescentes.

Cuando aun se estaba en plena lucha los gobiernos de las Naciones Unidas se reunieron en Wáshington y contemplaron la necesidad de crear un organismo de rehabilitación y socorro que acudiera con la oportunidad necesaria a socorrer a todos los pueblos y a los millares de familias víctimas de la guerra y huérfanas de todo apoyo.

Así surgió la organización conocida con el nombre de la UNRRA a cuya formación contribuyeron numerosos países y la cual hasta el año 1946 desarrolló una inmensa labor de emergencia y de rehabilitación.

Origen del Fondo. — Cuando en Agosto de 1946 se decidió terminar el trabajo de la UNRRA se consideró urgente continuar el trabajo de dicha organización en favor de los niños y surgió la idea de la creación de un Fondo Internacional para continuar el trabajo de socorro a los niños, sobre todo en lo concerniente a su alimentación y cuidado. Así fué, pues, cómo la Asamblea General de las Naciones Unidas en Diciembre de 1946 examinó el informe del Comité respectivo sobre la situación de los niños en Europa y Asia, deduciéndose que una muy crítica situación se presentaría en los años venideros. "Los niños de Europa y Asia, se dijo, no solamente fueron privados de alimentos por varios crueles años, sino que han vivido en un estado de constante terror como testigos de las masacres de civiles y todos los horrores de la lucha"... La guerra ha destruido numerosas instituciones para niños y descontinuado sus servicios de dirección técnica. El personal técnico ha sido reducido a la mitad del estado de pre-guerra. La desnutrición y las enfermedades sociales han invadido a niños y adolescentes. La mortalidad infantil se ha multiplicado y triplicado en algunas áreas. Millones de huérfanos son cuidados bajo las más deplorables condiciones, niños lisiados por miles no disponen de cuidados adecuados,

casi no existen dichos cuidados. Impresionada la Asamblea General ante este espectáculo aprobó la resolución que estableció el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia con estos 3 objetivos principales:

- a) para beneficio de niños y adolescentes de los países que fueron víctimas de agresión, para ayudarlos a su rehabilitación;
- b) para el beneficio de niños y adolescentes de países que estaban recibiendo asistencia de la UNRRA;
- c) para impulsar la salud de los niños, dando una alta prioridad a los niños de los países víctimas de la agresión. Al mismo tiempo que se establecía con el apoyo de los gobiernos el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia, organización conocida con el nombre de UNICEF, la Asamblea hizo un llamamiento a todos los pueblos del mundo para que contribuyeran a incrementar el Fondo.

PRIMERAS ACTIVIDADES

De acuerdo con el espíritu y los principios de su fundación, UNICEF inició su labor de emergencia en los países víctimas de la agresión en Europa y Asia. En los países de estos continentes los niños no tenían suficientes alimentos, sobre todo protectores. Sus instituciones para la distribución de alimento a madres y niños se habían desorganizado sobre todo por la falta de suministros. La tuberculosis comenzó a alcanzar grandes proporciones entre los niños y adolescentes, lo mismo que las enfermedades venéreas amenazando la salud de las venideras generaciones. Si a esto se añadía la destrucción de hospitales y centros de salud y la reducción de personal técnico, como ya hemos dicho anteriormente el problema se presentaba aún más grave. Se calcula que 30.000.000 de niños menores de los 18 años necesitaban la asistencia de UNICEF en los países europeos. En el otoño de 1947 UNICEF comenzó la distribución suplementaria de alimentos. En 1948, 4.000.000 de niños se beneficiaban diariamente en 12 países, y en 1949, 6.000.000 de niños recibían alimento a través de 50.000 centros de distribución. Leche en polvo desgrasada, margarina, tocino, vitaminas A y D, etc., fueron distribuidas siguiendo las recomendaciones de un grupo de pediatras y nutricionistas de la Organización Mundial de la Salud y de la FAO.

Esta distribución de alimentos no solamente sirvió para salvar la situación de emergencia, sino que en muchos países fué la base para la reorganización de los antiguos servicios y preparó el camino para la normal asistencia del Gobierno, en la forma que lo hacía antes de la guerra.

Además en algunos países donde el incremento de la industria

lechera y su rehabilitación fué ganando día a día, se hicieron programas de conservación de leche organizando plantas de deshidratación, pasteurización, etc. Contra el tremendo problema de la tuberculosis que atacaba a millares y millares de madres, niños y adolescentes llegó a organizarse con la cooperación de las Cruces Rojas Escandinavas una campaña de largos alcances de vacunación con la BCG. UNICEF dedicó \$ 4.500.000 para esta campaña y en 1948, en 8 países europeos se iniciaron los trabajos de vacunación a 8.000.000 de niños, habiéndose vacunado hasta el presente más de 12 millones entre niños y adolescentes. La lucha contra la sífilis, la malaria y otras enfermedades que impedían la rehabilitación de los pueblos fué atendida proporcionando los elementos necesarios para esta lucha (penicilina, insecticidas, vehículos, materiales médicos, etc.) en la que se beneficiaban millares de niños de numerosos países. Pero la mayor parte de los fondos de UNICEF fueron dedicados a los programas de ayuda a las madres y niños con el objeto de proteger su salud. Las recomendaciones del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, con la cual UNICEF formó un Comité conjunto, fueron seguidas para proporcionar equipo y suministros para la defensa de madres y niños pre-escolares, escolares, servicios de inmunización, dentales, para niños lisiados, hospitales de maternidad, cuidados de prematuros y capacitación de personal. En Asia donde las condiciones de desnutrición son conocidas y donde el estado sanitario y social presentan problemas enormes, la limitación de los fondos orientaron la actividad hacia la prioridad principal de proteger la salud de madres y niños. La falta de personal técnico presentaba grandes dificultades. Las enfermedades producidas por insectos, la tuberculosis, el pian, la sífilis, etc., mostraban tremendos problemas hacia los cuales se debían orientar las actividades de UNICEF.

De acuerdo con esta situación UNICEF viene dedicando sus fondos en esta región para organizar un centro de formación de personal técnico en la India, y en numerosos países del Extremo Oriente la campaña contra la malaria, el pian y la tuberculosis han sido organizadas. La salud de madres y niños no solamente ha sido impulsada a través del auxilio alimenticio, sino que se ha enviado equipo médico para los centros de asistencia y material de enseñanza para la formación de personal.

En el Medio Este y Norte de África la acción de UNICEF fué dirigida especialmente a salvar la tremenda situación de emergencia creada en Palestina a los refugiados e inmigrantes para los cuales se dedicaron más de 10 millones de dólares. Más de 400.000 niños y madres recibieron ayuda alimenticia, vestidos, etc.

En Algeria, Marruecos, Siria, Lebanon, Túnez, Palestina, Tanger, etc., la vacunación contra la tuberculosis, con la cooperación

de las Cruces Rojas Escandinavas, se desarrolló adecuadamente, habiéndose vacunado más de 3.000.000 de niños. Ahora los esfuerzos en esta área están dirigidos a establecer servicios básicos de salud y bienestar para madres y niños y a la formación de personal técnico.

UNICEF EN AMERICA LATINA

La guerra no había llegado directamente a América Latina, pero en los enormes y poco poblados territorios de estos países viven en condiciones poco favorables de alimentación, higiene, cuidados médicos, vivienda, etc., alrededor de 70 millones de niños menores de 15 años. Ellos no podían estar fuera de una acción internacional destinada a proteger a la infancia del mundo sin distinción de razas, credos, nacionalidad, etc. Un rápido examen de las actuales condiciones que existen en gran parte de América Latina puede mostrar la enorme tarea y el campo de acción que tienen ante sí los gobiernos y las organizaciones internacionales que como UNICEF tratan de prestar asistencia e impulsar, en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, los programas de los gobiernos en el campo de la salud y bienestar de madres y niños.

Millones de familias con ingresos insuficientes para cubrir el mínimum de sus necesidades luchan diariamente para alimentar pobremente a sus hijos y buscan en las instituciones de bienestar social, públicas y privadas, la ayuda que les permita subsistir.

Esta insuficiencia de medios conduce a la mala nutrición, falta de abrigo, al hacinamiento en viviendas antihigiénicas, etc., todo lo cual repercute profundamente en la salud.

Las condiciones sanitarias del ambiente, sobre todo en las zonas rurales, que es donde vive la mayoría de la población en América Latina son generalmente inadecuadas en lo referente a los servicios de agua y desagüe, basuras, viviendas, etc. Enormes zonas de trabajo y producción sufren endémicamente de malaria, tifus exantemático, pian, tracoma, etc., produciendo honda repercusión en la economía de los países. La tuberculosis mina en forma masiva a altos porcentajes de población, sobre todo, en los grupos jóvenes. Como una consecuencia lógica, pero desgraciada de esta situación la mortalidad infantil alcanza índices altos, que si bien han mejorado últimamente en algunas grandes ciudades, las zonas rurales muestran todavía cifras de mortalidad que fluctúan entre 100 y 200 por mil nacimientos. Aproximadamente medio millón (500.000) de niños mueren anualmente antes de cumplir un año y gran número de ellos, especialmente en las áreas rurales mueren sin asistencia médica, víctimas de los factores médico-sociales antes mencionados.

Hay otros factores que no podemos dejar de mencionar y que contribuyen a mantener esta situación:

- a) Los recursos nacionales que se dedican para los servicios de salud y bienestar de los grupos vulnerables generalmente no son suficientes.
- b) Hay una evidente escasez de personal técnico y auxiliar para el desarrollo de programas en relación con la salud pública y el bienestar de madres y niños.
- c) Este escaso personal se concentra en las zonas urbanas y por muy diversas razones no acude a prestar sus servicios en las zonas rurales.
- d) El personal técnico, directivo y auxiliar, por regla general trabaja a tiempo parcial en funciones que exigen dedicación completa. La inestabilidad del personal técnico y la remuneración no siempre adecuada que reciben, son factores que se suman a la situación.

Si al lado de los factores económicos, sanitarios y sociales que ligeramente hemos mencionado consideramos la tremenda situación por la que atraviesa la Educación pública debemos convenir que el problema de la infancia en América Latina es muy complejo y que su solución sobre bases firmes requiere acción coordinada sobre todos los factores y que además tomará un tiempo grande en relación con la profundidad de los problemas existentes.

Según las conclusiones de un Seminario sobre Educación realizado por la División Cultural de la Organización de los Estados Americanos, de los 70 millones de niños menores de 15 años que viven en América Latina, 32 millones están en edad escolar, pero sólo 13 millones asisten a las escuelas, quedando 19 millones fuera de ellas, a consecuencia de las enfermedades, de la pobreza que los obliga a trabajar prematuramente y en su gran mayoría porque no encuentran sitio en los no siempre adecuados locales escolares o por la falta de maestros. Se calcula que hay un déficit de 500.000 maestros para la población escolar en América Latina.

Los altos índices de analfabetismo, que perturban grandemente toda acción en favor de los servicios de cualquier colectividad, son una fatal consecuencia de esta situación que detiene el desarrollo y progresos de esta zona del mundo.

PROGRAMAS Y METODOS

Pasada la emergencia en Europa los esfuerzos de UNICEF se dirigieron a las zonas donde gran cantidad de madres y niños requerían ayuda muy cercana a la emergencia. En Asia como en América Latina se necesitaba impulsar servicios dotándolos de equipo

y proporcionando consejo técnico para la mejor organización y uso de los elementos proporcionados.

En 1947 y 1948 la Administración del Fondo, el Instituto International Americano de Protección a la Infancia, y la Oficina Regional de O.M.S. (Oficina Sanitaria Panamericana) discutieron el modo por el cual el Fondo podría asistir a los países de América Latina. En Mayo de 1949 la Junta Directiva del Fondo asignó 2 millones de dólares, cantidad que luego ha sido aumentada hasta 5 y medio millones aproximadamente, con los cuales se iniciaban programas que hoy cubren 18 países con la ayuda técnica de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), de la F.A.O., de las Cruces Rojas Escandinavas (Joint Enterprise).

La acción de UNICEF en América Latina sigue los principios básicos de la creación del Fondo, que antes hemos mencionado, y la ejecución de los programas se caracteriza por el alto grado de colaboración entre los gobiernos, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y otras agencias especializadas de las Naciones Unidas. Una relación sintética de estos programas nos permitirá dar una idea del trabajo que se realiza y explicar posteriormente las bases y procedimientos de operación del Fondo.

Programas de alimentación suplementaria en:

Bolivia, Brasil, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y en los países de Centro América. Se han dedicado \$ 995.000 (novecientos noventacinco mil dólares).

Control de la tuberculosis y vacunación BCG en:

Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Méjico, Paraguay, Perú, Trinidad, Uruguay. Suma asignada \$ 821.000 (ochocientos veintiún mil dólares).

Programas de asistencia materno-infantil y capacitación de personal en:

Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú, Uruguay, Asunción. Suma asignada \$ 876.000 (ochocientos setentiseis mil dólares).

Control de la sífilis y plan en:

Haití y República Dominicana. Suma asignada \$ 394.000 (trescientos noveintaicinco mil dólares).

Control de enfermedades causadas por insectos en:

Paraguay, Perú, República Dominicana y países de Centro América. Suma asignada \$ 844.000 (ochocientos cuarentaicuatro mil dólares).

Programas contra el tifus exantemático en:

Bolivia y Perú. Suma asignada: \$ 160.000 (ciento sesenta mil dólares).

Campaña de inmunización y producción de vacuna contra la difteria y las convulsivas en:

Chile y Colombia. Suma asignada: \$ 207.000 (doscientos siete mil dólares).

Otras formas de asistencia en:

Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay. Suma asignada: \$ 278.000 (doscientos setenta y ocho mil dólares).

Todos estos programas se ejecutan a través de los servicios propios de cada gobierno a cuya solicitud el Fondo ha considerado prestar asistencia. La aprobación de estos programas sigue previamente un trámite tendiente a garantizar el cumplimiento de los principios y métodos que UNICEF contempla al hacer las asignaciones. Las solicitudes de los gobiernos, además de la exposición de los problemas para los que piden asistencia, van complementadas con el plan de operaciones que especifica los lugares, métodos, personal técnico, cálculo aproximado de beneficiarios, a través de que instituciones, etc., se va a desarrollar el programa y la lista de equipo que se requiere para ejecutarlo.

En el plan de operaciones va especificado también el costo del programa y la participación del gobierno en locales, personal, mantenimiento de servicios, etc. Un organismo especializado de las Naciones Unidas de acuerdo con la naturaleza del programa (Organización Mundial de la Salud, F.A.O., etc.) deben examinar cuidadosamente tanto el plan como la lista de equipo y dar su aprobación técnica. Muchas veces esta aprobación técnica requiere el viaje y estudio sobre el terreno de personal técnico de estos organismos especializados, quienes colaboran con el personal local en perfeccionar el programa. Si la realización del programa exigiese el consejo permanente de personal técnico no local, la solicitud del gobierno puede ser ampliada en el sentido de obtener personal especializado por un tiempo determinado. Este personal generalmente es proporcionado a través del programa de asistencia técnica de las Naciones Unidas.

El programa así estudiado y aprobado técnicamente es sometido a la consideración de UNICEF, cuya administración lo presentará al Comité de Programas y a la Junta Directiva del Fondo que decidirá sobre la solicitud del gobierno y sobre la asignación correspondiente en caso de aprobación.

La aceptación de un programa envuelve el cumplimiento y consideración de ciertos criterios que rigen la política general de UNICEF. La necesidad del programa y la posibilidad de que conduzca hacia permanente beneficio a los niños constituye una de las principales consideraciones. Población infantil numerosa, altos índices de mortalidad y morbilidad, el nivel económico del país, etc., son criterios que sirven, entre otros datos, de guía para prestar asistencia y hacer las asignaciones. La posibilidad de que el programa sea continuado por el gobierno con sus propios recursos y que beneficie a grandes cantidades de madres y niños se toma en seria consideración.

Para asegurar en cierta forma la continuación del programa por el gobierno, el Fondo desde su comienzo consideró fundamental que los gobiernos asistidos contribuyeran al programa equiparando la ayuda recibida con recursos internos o proporcionando personal local, fondos para el mantenimiento de equipos, vehículos o para el desarrollo de los programas. Es política general de UNICEF no invertir fondos en construcciones ni en pago de personal local y sólo proporcionar suministros y equipos que los países no producen y que necesariamente tengan que importar. Aunque el Fondo de Socorro a la Infancia concede alta prioridad a los programas que benefician al mayor número de niños y adolescentes, como es el caso de vacunación BCG, sin embargo, también asiste en programas en que los servicios de madres y niños se integran dentro de un programa de salud pública o en programas, como la lucha antimalárica, que protegiendo a la población total comprende gran cantidad de niños y adolescentes. Tratando de obtener resultados permanentes para el bienestar de los niños, en algunos países que presentan condiciones adecuadas son asistidos con equipo para deshidratación de leche o para pasteurización dentro de condiciones que aseguran beneficios alimenticios para los niños necesitados. Igualmente considerando que los insecticidas y antibióticos son básicos elementos para la salud, UNICEF ha aprobado asignaciones para plantas de producción de antibióticos en la India y está considerando ayuda para la producción de DDT en otros lugares. La realización de los programas en muchos países tropieza con el obstáculo de la falta de personal técnico. Cuando esta dificultad fundamental existe, el Fondo ayuda con equipos y materiales para dar facilidades a la formación de personal auxiliar para los servicios de asistencia materno-infantil.

Dentro de este marco general se vienen desarrollando en América Latina (desde Méjico, Centro América, Caribe y Sudamérica) los programas antes señalados que beneficiarán a más de 8 millones de niños entre vacunados con BCG, difteria y coqueluche y los que reciben auxilio alimenticio, sin contar los millones de ni-

ños que se beneficiarán con los equipos médicos enviados para el cuidado de su salud y las campañas contra la malaria, tifus, pian, sífilis, etc., que ya están en marcha y que protegen a millones de madres, niños y adolescentes.

Conviene señalar que muchos de estos programas que al principio se consideraron de corto alcance y de acción temporal han sido a menudo el punto de partida de actividades permanentes por parte de los gobiernos. Así, en los países de Centro América, la distribución de leche ha dado origen a la organización y ampliación de servicios permanentes de asistencia materno-infantil sostenidos por el gobierno.

Las campañas de vacunación masiva contra la difteria y la tos convulsiva han llevado a la producción en tres países, Brasil, Chile y Colombia, de vacuna combinada difteria-pertussis, para lo cual UNICEF ha proporcionado materiales de laboratorio y ha facilitado la capacitación de personal para la producción en masa de vacuna. La vacunación masiva con BCG en el Ecuador ha impulsado la campaña general contra la tuberculosis para lo cual UNICEF está proporcionando los equipos de laboratorio que permitirán complementar y perfeccionar toda la organización contra la tuberculosis, que el gobierno tiene planeada. Esta organización comprende, además de la producción de vacuna BCG, dentro de los más altos standards, la formación de un centro internacional para becarios de América Latina contando con un edificio propio para alojarlos. Las campañas contra el tifus exantemático en Bolivia y Perú han intensificado la vacunación antivariólica en las regiones andinas utilizando para la vecunación los mismos vehículos y persoal que usan para la campaña contra el tifus. Algunos programas han abarcado zonas geográficas completas como la lucha antimalaria o control de insectos en todos los países de América Central. Los efectos de la dedetización en toda la zona antedicha no sólo vienen contribuyendo a la desaparición del paludismo, sino a la disminución de la mortalidad infantil por la destrucción de moscas y otros insectos de contaminación que actúan como causantes de infecciones a los niños.

Esta extensa labor que se realiza en Europa, Asia, Medio Este, África y América Latina que ha permitido auxiliar a muchos millones de niños, adolescentes y madres viene dependiendo de la contribución generosa de los gobiernos y de los pueblos de todo el mundo. Este inmenso esfuerzo cooperativo en favor de madres y niños, como jamás pudo realizarse en el pasado, ha contado con el apoyo voluntario de 53 gobiernos y con la contribución voluntaria de 45 países y 30 territorios cuyos pueblos acudieron al llama-

miento de las Naciones Unidas en favor de la Infancia. Algo más de 155 millones de dólares se han recibido y se están invirtiendo en ayudar a los niños en más de 60 países.

La Paz del mundo no se obtendrá por los convenios y tratados entre los gobiernos si no se consigue el bienestar y la salud entre los pueblos. Ayudar a las madres y niños del mundo es dar base sólida al progreso de los pueblos que sólo puede ser alcanzado por el crecimiento de generaciones sanas y su desarrollo en un nivel adecuado de moral, higiene, economía, etc. Los pediatras de América que están aquí reunidos en este suelo Uruguayo, ejemplo de laboriosidad y de amor al niño, deben formar la vanguardia en esta lucha por dar al niño, y a través de él a la humanidad un mundo libre de temor y de necesidad de acuerdo con los principios por los que las democracias lucharon durante seis años en la última guerra.

El Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) da oportunidad a los gobiernos y pueblos de todo el mundo para exteriorizar su humanitaria solidaridad ya que el apoyo que reciba este Fondo es distribuido sin discriminación en el mundo entero y teniendo sólo como principal objetivo el procurar la salud y bienestar de madres y niños, allí donde la necesidad lo requiera.

Mortalidad peri-natal y Mortalidad Infantil en el Uruguay

**Por el Dr. Julio A. Bauzá
(Delegado del Uruguay)**

Al proponer al Consejo Directivo del Instituto I. Americano de P. a la Infancia que fuese tratado en una Conferencia, por todos los países adheridos a esta Organización, el problema de la Mortalidad peri-natal, pensamos en la utilidad que reportaría el conocimiento amplio del estado en que se encuentra la lucha para reducirla, así como en el interés de unificar procedimientos destinados a combatirla exitosamente.

Nos parece indiscutible, que la mayor o menor elevación de los índices respectivos, representan hasta cierto punto, el grado de atención que se presta a la asistencia de la gestante, y por lo tanto al niño, no sólo antes de nacer, sino igualmente en el momento del nacimiento y período que inmediatamente le sigue.

Constituyendo este, un problema de positivo interés, para todos los países americanos merece ser encarado de acuerdo a su trascendencia, y su amplio conocimiento podrá significar un valioso aporte, destinado a obtener una mejora positiva en la actual situación. En efecto, todos los países americanos, mismo los más adelantados a este respecto, deberán realizar ingentes esfuerzos para aumentar el capital humano representado por los niños nacidos dentro de sus respectivas fronteras.

¿Qué debe entenderse por Mortalidad peri-natal?

En los últimos años, se ha considerado útil, separar del estudio de la mortalidad infantil (menores de un año) la que se produce durante el primer mes de la vida o mortalidad neo-natal.

Se ha considerado igualmente, que las probabilidades de sobrevida del feto, durante el embarazo, así como en el momento del nacimiento y período que inmediatamente le sigue, son en general, distintas del riesgo a que habrá de verse sometido una vez transcurrido el primer mes. V. Pfaundler, creó recientemente el término de mortalidad metabásica, para expresar la que está directamente en relación con el proceso del parto, y de ametabásica, cuando no se presenta el caso. Ella comprendería aproximadamente los 2/3 de la natimortalidad, más la mortalidad al nacer, abarcando los primeros tres días de edad. A medida que nos alejamos de este pe-

riodo, las causas de muerte son cada vez en mayor número ametabásicas.

Ulrich, en el VI Congreso I. de Pediatría de Zurich, se ha hecho el intérprete de esta nueva e interesante concepción.

Es indudable que la concepción de Pfaundler y Ulrich, tiene un gran valor interpretativo, al discriminar la mortalidad al nacimiento en dos grandes grupos, uno de los cuales, no estaría directamente vinculado al proceso del parto. No obstante, no es menos cierto, que resulta un tanto artificial, esta discriminación, ya que no pocos casos de muerte ocurriendo después del tercer día de vida, están en estrecha relación con el parto, y son a menudo la consecuencia directa de accidentes originados en el curso de este proceso, o están vinculadas con la inmadurez fetal. Nos parece igualmente artificial y objetable, tomar los 2/3 de la cifra de nacidos muertos, como correspondiendo a accidentes o complicaciones precediendo inmediatamente al parto, o coincidiendo con este, sin que exista una base que lo autorice.

Mientras no se adopte un procedimiento uniforme para el estudio de la mortalidad peri-natal, que habría de comprender la natimortalidad, conjuntamente con toda la mortalidad de la primer semana, seguiremos el procedimiento general ya aplicado en nuestra comunicación al Congreso de Zurich, sobre Mortalidad al nacimiento en Montevideo, es decir, que estudiaremos con el nombre de mortalidad peri-natal la que comprende la natimortalidad sumada a la mortalidad del primer mes de vida. Accediendo al pedido formulado por la Dirección del Instituto haremos al final, una breve exposición sobre la Mortalidad Infantil, de menores de un año.

La natimortalidad

Poca importancia ha sido dada, entre nosotros a este importante problema, que origina anualmente un drenaje importante de vidas, que en el Uruguay se eleva a una cifra entre 1200 y 1300 por año. Su apreciación está sujeta a errores, provenientes de causas de distinto orden. No sólo se involucran en este número muertes fetales que deben ser consideradas como abortos, sino también muertes de niños nacidos con vida. En efecto en algunos países se incluye en los nacidos-muertos a niños fallecidos durante el primer día de vida, y en otros esta disposición se prolonga hasta el tercer día. A pesar de que entre nosotros rige la disposición de no considerar como nacido muerto, sino al niño que al nacimiento no ha respirado, y cuya vida intrauterina exceda los 28 semanas, no es posible afirmar que se cumpla en todos los casos la disposición mencionada. Como consecuencia de ello, se observan diferencias entre la cifra de nacidos muertos que nos proporciona

Estadística Vital, y la del Registro de E. Civil. Por nuestra parte, siempre que hemos podido hacerlo hemos utilizado los datos de Estadística Vital. Para calcular el índice de natimortalidad hemos aplicado la fórmula siguiente: Nacidos muertos X 1000: nacidos muertos más nacidos vivos. No ignoramos que es bastante corriente, que la nati-mortalidad, sea calculada en relación al número de nacidos vivos, pero nos parece que el índice más exacto es aquel que la relaciona con la totalidad de los nacimientos.

Las cifras del comienzo del siglo, daban para la República 42 nacidos muertos por mil nacimientos, habiendo sido el promedio del quinquenio 1901-905, de 41; para el quinquenio subsiguiente de 43 por mil. Son evidentes los progresos realizados como puede verse mediante el estudio del cuadro Nº 1 y gráfica correspondiente.

CUADRO Nº 1

Coeficientes de nati-mortalidad en la República. Por 1000 nacimientos. Trienio 1946-48.

Departamentos	1946	1947	1948
Artigas	33,4	35,5	29,3
Canelones	24,0	28,0	20,4
Cerro Largo	19,8	32,4	40,5
Colonia	20,5	26,4	24,2
Durazno	20,5	17,4	16,4
Flores	28,8	23,7	26,2
Florida	23,5	31,6	23,2
Lavalleja	30,8	28,9	28,6
Maldonado	28,6	31,4	36,0
Montevideo	23,1	25,5	26,8
Paysandú	19,4	18,8	22,0
Río Negro	37,0	29,1	21,9
Rivera	34,5	30,9	27,7
Rocha	23,8	23,6	28,2
Salto	24,6	27,7	36,4
San José	17,9	25,3	24,2
Soriano	21,7	27,1	31,1
Tacuarembó	17,5	23,8	15,9
Treinta y Tres	36,3	23,8	31,2
La República	24,5	26,3	26,8

Pueden considerarse cuatro grados de nati-mortalidad

- I. Débil; menos de 20
- II. Moderado: 20 a 29
- III. Fuerte: 30 a 39
- IV. Muy fuertes: 40 o más.

Mortalidad neonatal por semana de edad

Indices por 100 defunciones de menos de un año
1949

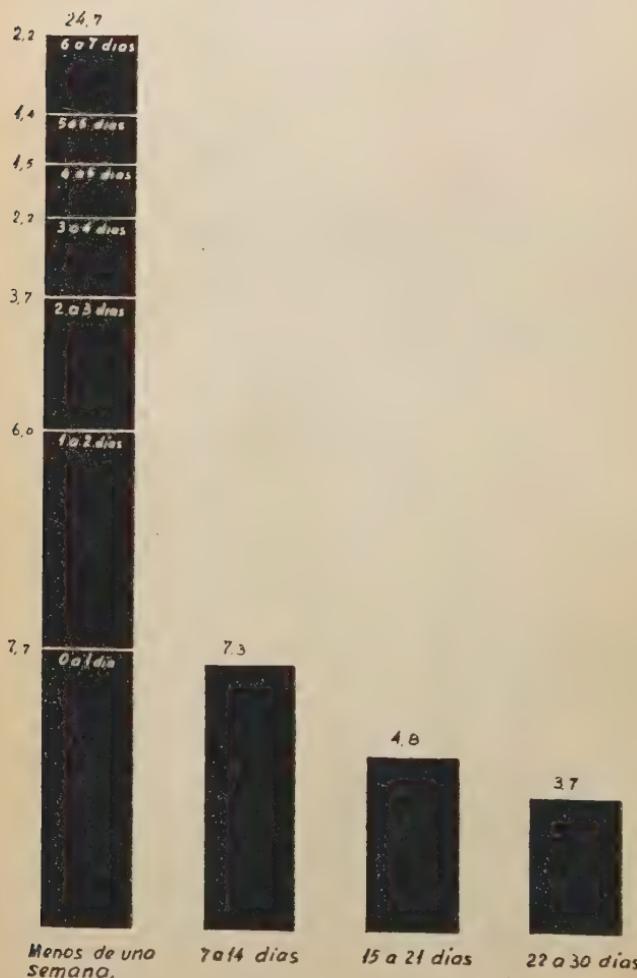


Figura N° 1

De acuerdo con esta clasificación la natimortalidad en el Uruguay debe ser considerada, como "moderada".

De los Departamentos en que se subdivide la República la natimortalidad es débil en Durazno y Tacuarembó, y fuerte en Salto, Cerro Largo y Maldonado. Existiendo deficiencia en el registro de los nacimientos, esta cifra es susceptible de modificaciones en el sentido favorable.

Puede observarse un ligero aumento hasta el año 1948, en la natimortalidad de toda la República, consecuencia de la escasa atención prestada a este importante problema.

CUADRO N° 2

Mortalidad infantil y mortinatalidad en la República Año 1948

Departamentos	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Total	Coeff. %/oo nac.	Coeff. %/oo n. v	M. In- fantil	Coeff. %/oo nac. vivos
Artigas	1557	47	1604	29,3	30,2	97	62,3
Canelones	2831	59	2890	20,4	20,8	92	32,5
Cerro Largo	1397	59	1456	40,5	42,3	116	83,0
Colonia	2133	53	2186	24,2	24,8	93	43,6
Durazno	1684	28	1712	16,4	16,6	94	55,8
Flores	556	15	571	26,2	26,9	39	70,1
Florida	1346	32	1378	23,2	23,8	77	57,2
Lavalleja	1562	46	1608	28,6	29,4	75	48,0
Maldonado	1125	42	1167	36,0	37,3	56	49,8
Montevideo	16276	462	16738	27,6	28,4	923	56,7
Paysandú	1780	40	1820	22,0	26,4	98	55,0
Río Negro	1028	23	1051	21,9	22,4	41	39,9
Rivera	2632	75	2707	27,7	28,5	173	65,7
Rocha	1479	43	1522	28,2	29,1	76	51,4
Salto	2432	92	2524	36,4	37,8	205	84,3
San José	1210	30	1240	24,2	24,8	83	68,6
Soriano	2025	65	2090	31,1	32,1	115	56,7
Tacuarembó	2771	45	2816	15,9	16,2	129	46,5
Treinta y Tres ..	1241	40	1281	31,2	33,0	65	52,3
La República	47065	1296	48361	26,8	27,5	2647	56,2

CUADRO N° 3

**Mortalidad en relación con la natalidad total
Ciudad de Montevideo**

Año	N. vivos	N. muertos	Total de nac.	Proporción %/oo de natal. total
1941	14560	458	15018	30,5
1942	15004	433	15437	28,0
1943	15700	456	16156	28,2
1944	16108	460	16568	27,8
1945	16700	414	17114	24,2
1946	16928	400	17328	23,1
1947	16400	429	16829	25,5
1948	17032	469	17501	26,8
1949	18754	378	16000 (1)	23,6

(1) La natalidad de 1949, ha sido calculada.

Causas de la natimortalidad

La estadística, no especifica las causas que dan lugar a la muerte del feto en su vida intrauterina, de modo que los datos disponibles son muy incompletos. Mismo, para los casos ocurridos en las Maternidades los datos disponibles, no permiten, sino en forma poco satisfactoria, el conocimiento de las causas que han originado la muerte del feto antes del nacimiento, o al momento de nacer.

Las causas que se observan con mayor frecuencia son:

Enfermedad aguda de la madre o accidente.

Asfixia.

Trauma obstétrico.

Malformación congénita.

Sifilis.

Circular del cordón.

Placenta previa.

Distocia.

El interés para el estudio de la natimortalidad se acrecienta, si se piensa que ella constituye entre nosotros, el 50% aproximadamente de la mortalidad peri-natal como tendremos oportunidad de señalarlo. Es indudable que la mayor parte de las causas que dan lugar a la muerte del feto en su vida intrauterina o durante su expulsión, son susceptibles de ser favorablemente influenciadas, me-

diente la aplicación de buenos métodos de asistencia pre-natal y durante el parto.

La prematuridad, no debe ser considerada como causa de natalidad ya que como lo sostiene Potter, el feto debe continuar viviendo en la cavidad intrauterina en ausencia de un estado patológico, mismo aunque no esté en condiciones para la vida intrauterina.

La asistencia del parto a domicilio es todavía de práctica corriente en nuestro país, aunque año tras año, se señala un número mayor de casos internados en las dos importantes Maternidades, que dependen del Ministerio de Salud Pública, Hospital Pereyra Rossell, con camas 217 y Hospital Pasteur con 26. En cuanto al número de partos asistidos fué como se expresa.

CUADRO N° 4

Año 1950

Nacimientos Total	Pereyra Rossell Partos	Hospital Pasteur Partos	Otros Partos
6.080	5.413	564	70

El número de partos fué de 6.047 y la natalidad de Montevideo 17.625. Los datos precedentes dan para Montevideo, 34,5%, asistidos en Maternidad. El Servicio Obstétrico domiciliario asistió 448 partos a domicilio, lo que forma un total de 5.861 asistidos por el M. de S. Pública. En el interior del país, el número total de camas para Maternidad es de 383.

Mortalidad neo-natal

Se estudia bajo esta denominación, la mortalidad que ocurre en el primer mes de la vida. Su importancia no puede ser subestimada, ya que ella representa una proporción elevada en la mortalidad del primer año, de la cual forma, en algunos países casi un 50%, como consecuencia de haberse logrado reducir en alto grado la mortalidad infantil tardía, o de los 2 meses siguientes al primero.

El estudio de la mortalidad neo-natal, debe hacerse separando la primera semana de las tres siguientes, ya que incide en aquella, las causas que han originado la muerte en el acto del nacimiento. Ello es particularmente verdadero en la mortalidad de

los primeros tres días, intimamente vinculada a la asistencia prenatal y natal.

La tenacidad puesta de manifiesto en la resistencia a la disminución de la mortalidad neo-natal, frente a la reducción general y casi universal, de la mortalidad infantil tardía, es la mejor demostración de que ella responde a causas peculiares al primer mes, causas que en su mayor parte están ausentes en los meses que siguen al primero.

Hemos afirmado en otra oportunidad y nos ratificamos actualmente que la mortalidad neo-natal precoz es el más fiel exponente de las deficiencias que existen en la asistencia pre-natal, intra-natal y post-natal, la que está subordinada a la buena atención que se preste a la embarazada durante este período.

La mortalidad neo-natal puede subdividirse, pues en: mortalidad neo-natal precoz y tardía, o post neo-natal. La primera comprende la primer semana; la segunda las otras tres semanas. Nos parece racional, agregar a la cuarta semana los dos días siguientes.

Veamos ahora, las cifras e índices correspondientes al último decenio.

CUADRO N° 5

Mortalidad neo-natal por 1000 nacidos vivos. La República
1941 - 1949

Años	Nacidos vivos	Mortalidad neo-natal total	Indice %/oo nacidos vivos
1941	44.287	1135	25,6
1942	42.670	1243	29,1
1943	43.500	979	22,5
1944	46.443	1153	24,8
1945	49.016	1020	20,8
1946	48.978	944	19,8
1947	46.796	1018	21,8
1948	47.065	1052	22,3
1949 (1)	46.000	937	20,4

(1) Natalidad calculada.

De igual modo que para la natimortalidad, si se tiene en cuenta el promedio de mortalidad neo-natal del quinquenio 1906-1910 que fué de 36%/_{oo} nacidos vivos, es evidente el progreso realizado en los últimos 40 años. En la última década, la disminución es de 20%.

CUADRO N° 6

Mortalidad neo-natal por causas importantes y por edad

Año 1948

Causas de defunción	0 a 7 d.	7 a 14 d.	14/21 d.	21/30 d.	Total o a 1 m.	% defun. o a 1 m.
Sifilis	13	4	0	0	17	1,6
Neumonias	26	23	27	16	92	8,7
Diarreas	2	15	17	15	49	4,7
Vicios congénitos ...	26	8	0	5	39	3,7
Trauma obstétrico ..	102	8	2	2	114	10,8
Prem. y Déb. Cong..	269	60	49	18	396	37,6
Desconocidas	59	50	28	14	151	14,4
Otras causas	84	56	27	27	194	18,5
Total	581	224	150	97	1052	100,0

Mortalidad neo-natal precoz o primohebdomadaria

La mortalidad de la primer semana de la vida forma el grupo más numeroso y más importante de la mortalidad neo-natal. Con toda razón se ha dicho que si el primer mes, es la etapa más peligrosa del primer año, la primera semana, es la más peligrosa dentro del primer mes. En efecto, las enfermedades obstétricas derivadas del parto gravitan enormemente entre las causas de mortalidad, a menudo encubiertas con el nombre de Debilidad Congénita o de Prematurez, ocultando no pocas veces al trauma obstétrico, como verdadera causa de la muerte del recién nacido. Lo excepcional de las autopsias, por razones de distinto orden en nuestras Maternidades, constituyen una dificultad por ahora insalvable para conocer la verdadera causa de las muertes neo-natales precoces, que ocurren en estos Servicios.

Bastará echar una ojeada al cuadro a continuación, para darse cuenta de la importancia que asume la mortalidad de la primer semana de la vida, dentro del primer mes, y el primer día dentro de la primer semana.

CUADRO N° 7

Mortalidad neo-natal precoz en la República, relacionada con la natalidad

Años	Nacidos vivos	0 a 1 d.	F A L L E C I D O S						T
			1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	
1946	48.978	189	118	70	59	37	36	41	550
1947	46.796	186	148	94	68	41	36	29	602
1948	47.065	180	131	96	69	42	37	26	581
1949	46.000	178	139	86	50	35	33	50	571

Los índices de mortalidad infantil precoz, por mil nacidos vivos fueron:

Año	1946:	11,2
Año	1947:	12,9
Año	1948:	12,3
Año	1949:	12,4

La primera semana es la responsable de una cuota muy elevada, ya que como puede observarse en el cuadro N° 7, significa entre el 55 y 60%, es decir más de la mitad del total del primer mes.

Dentro de la primera semana, el primer día aparece como singularmente peligroso. En efecto en el trienio 46-48, se produjeron en la República 555 defunciones en el primer día. Si se relaciona esta cifra, con las defunciones de todo el primer mes en los mismos tres años, 3014, se obtiene 18,3% fallecidos menores de un mes. Relacionada la mortalidad del primer día con la natalidad, obtenemos, para toda la República, en 1948, el índice de 3,8 por 1000 nacidos vivos.

Es particular, que este índice sea bastante más bajo que el de los Estados Unidos, 11%, alcanzando la mortalidad del primer día al tercio del total de la mortalidad de todo el primer año, que debe atribuirse a su reducida mortalidad infantil tardía. En efecto, la mortalidad neonatal de EE. UU., en 1948 fué el 71% de su mortalidad infantil, y 24 por 1000 nacidos vivos. Para el Uruguay, las tasas respectivas fueron de 40,5 y de 22,3.

CUADRO N° 8

Mortalidad neonatal precoz en 1948 y en 1949. Toda la República. Por causas más importantes.

Grupos de causas	Año 1948	Por 100 fallecidos I ^a sem.	Año 1949	Por 100 fallecidos I ^a sem.
Prematurez y Debil.				
congénita	269	46,3	258	45,2
Trauma obstétrico ..	102	17,5	90	15,7
Vicios cong. de conf.	26	4,5	30	5,2
Bronquitis y neum. .	26	4,5	25	4,3
Sífilis	13	1,9	13	2,2
Tétanos	6	1,0	13	2,2
Diarrea y enteritis .	2	0,3	7	1,4
Otras del 1er año ..	44	7,6	66	11,5
Otras causas conocid.	34	5,8	26	4,6
Mal definidas	59	10,1	43	7,5
Totales	581	100	571	100

La mortalidad neonatal precoz, responde en sus $\frac{3}{4}$ partes, a causas en estrecha relación con el embarazo y con el nacimiento, es decir a causas metabásicas. Así se observa como el nacimiento prematuro aparece con una tasa altísima. Naturalmente que el diagnóstico de prematurez, como el de debilidad congénita, oculta un diagnóstico de hemorragia intracraneana, de trauma o de infección respiratoria que se desconoce y que sólo la autopsia podría revelar. La prematurez por si sola, sólo por excepción es causa de muerte. Son particularmente dramáticos los primeros tres días siguientes al nacimiento. La mortalidad por prematurez, después de la primera semana responde a menudo a infección respiratoria.

¿Cuántos casos de fallecimiento por infección respiratoria, o por trauma obstétrico se enmascaran bajo la etiqueta de debilidad congénita o de prematurez?

Es indudable, que nos queda una larga y compleja tarea a realizar, para corregir los defectos de nuestra estadística.

Los vicios congénitos de conformación, conforman una causal que debiera ser mejor discriminada. Las bronquitis y neumonias

constituyen una causa de relativa importancia, que irá a hacerse más trascendente pasada la primera semana. En cambio, todavía las enfermedades del tubo digestivo, no son causa de letalidad, sin que ello signifique el que no pueda acusarse su presencia. La sífilis, origina un número reducido de muertes, y menos aún el tétanos del recién nacido, muy raro entre nosotros. En cambio, bajo el rótulo de otras enfermedades del primer año, se enmascaran no sabemos qué índole de enfermedades, lo mismo que bajo el rótulo de enfermedades no especificadas o mal definidas. En el cuadro N° 9 puede el lector tomar conocimiento del número de muertes, diagnosticado y en el dibujo que se acompaña, la proporción en que figuran las causas más importantes por 100 casos de menos de 7 días.

En las Maternidades, es fácil estudiar la mortalidad neo-natal de la primer semana. En la Maternidad del Hospital Pereyra Rossell, durante el año 1949, fallecieron 128 niños sobre un total de 5.258 nacidos vivos (24‰).

Durante el año 1950, la mortalidad neonatal precoz fué de 131 para 5.241 (25‰).

Un número elevado de estas muertes, se observó en prematuros, remitidos al Centro de Prematuros de la Casa del Niño.

El número de partos prematuros fué de 408, en 4968 partos a término (1948) y de 421, para 5.206, en 1950. (Datos de la Dirección del H. Pereira Rossell).

Mortalidad neo-natal tardía

Con este nombre corresponde designar, la que ocurre en el período del primer mes, subsiguiente a la primera semana. Como puede verse en el cuadro N° 9, ella es todavía importante en la segunda semana, para declinar en las dos últimas. Para no computar al segundo mes, algunas defunciones ocurridas, entre 28 y 30 días, las que se inscriben posteriormente a la cuarta semana y antes de haberse cumplido el primer mes, las incorporamos a esta última. Por otra parte se trata sólo de dos días, y no influyen mayormente en los índices respectivos.

Para el año 1948, el número de defunciones en este grupo (2^a, 3^a y 4^a sem.) fué de 471, o sea 45%, de todo el primer mes y 17,8 por 100 del 1er. año. Se clasifican en la siguiente forma:

CUADRO N° 9

Mortalidad neo-natal tardía en la República por causas

Año 1948

Causas	7 a 14 días	15 a 21 días	22 a 29 días	Totales
Prem. y Deb. Cong.	60	49	18	127
Trauma Obstétrico	8	2	2	12
Vicios cong. de conformación.	8	0	5	13
Tétanos	9	3	1	13
Sífilis	4	0	0	4
Diarreas y enteritis	15	17	15	47
Bronq. y Neumonia	25	27	16	66
Otras enf. del primer año ...	17	6	6	29
Desconocidas o mal definidas	50	28	14	92
Todas otras causas	30	18	20	68
Total general	224	150	97	471

Es aun la prematuraz y debilidad congénita, la causa más importante, con cerca de 30%, cifra que sería mayor, si se considerase que las causas desconocidas o mal definidas, representan un 20% del total de muertes.

Merece señalarse la importancia de las enfermedades del aparato respiratorio con 14 por 100. Las diarreas y enteritis ocasionaron 47 decesos, o sea el 10 por 100 del total.

La mortalidad neo-natal tardía, agrega por tanto su gravedad a la de la primer semana, con cifras elevadas que deben llamar la atención de los higienistas. Al peligro congénito, que se manifiesta aún con carácter grave, se agrega el peligro alimenticio, con la aparición de las enfermedades, por alimentación deficiente o defectuosa, sumándose al peligro respiratorio, representado por las neumonias y las bronquitis. Hay por tanto un vasto campo, en el que los servicios de asistencia materno-infantiles pueden desarrollar su programa de protección y asistencia.

Mortalidad peri-natal

El concepto de mortalidad peri-natal, sometida al proceso del nacimiento, debe tomarse como expresión del número de probabilidades, que tiene el niño, antes de su nacimiento, y en los días subsiguientes, de no sobrevivir a las contingencias inherentes a

este periodo de su vida. Se la refiere a 1000 nacimientos incluidos los nacidos muertos, y se calcula sumando las tasas de natimortalidad y de mortalidad neo-natal.

El resultado significa, las probabilidades de morir, antes de que llegue el niño a cumplir un mes a partir del 5 mes del embarazo. Su conocimiento es de gran interés, pues los índices de mortalidad peri-natal, son tanto más bajos, cuanto mejor sea la asistencia pre-natal, natal y neo-natal.

Mortalidad perinatal en toda la República

Indices por 1000 nacimientos. 1941-1949

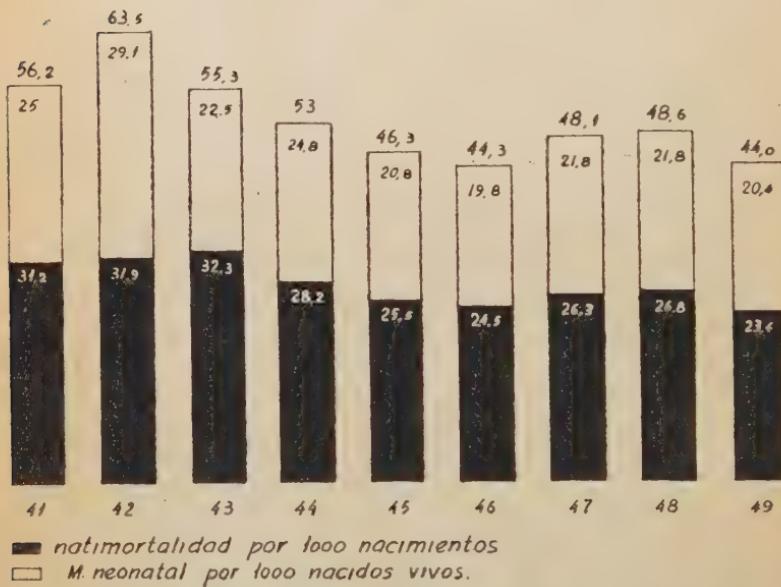


Figura N° 2

La significación del estudio de la mortalidad peri-natal, es descrito en el Newzealand Official Yearbook de 1946, estimándose que mediante su conocimiento, se ponen en evidencia, causas de muerte que se manifiestan en las primeras semanas de la vida, las que responden tanto como los nacidos muertos a influencias ante-natales, siendo de gran utilidad su estimación y estudio comparativo.

Por nuestra parte, hemos de considerar como mortalidad peri-natal, la que comprende la mortinatalidad, excluidos los abortos, o muertes fetales tardías, sumada a la cifra de mortalidad ocurrida en el primer mes.

CUADRO N° 10

Mortalidad peri-natal

Año	R E P U B L I C A		M O N T E V I D E O			
	M. Na-talidad	M. N. Na-tal	M. Peri-natal índice %/oo nacimientos (1)	M.Na-talidad	M. N. Na-tal	Indice de M. Peri-natal
1941	31,2	25,6	56,8			
1942	31,9	29,1	61,0			
1943	32,3	22,5	54,8	25,7	23,9	49,6
1944	28,2	24,8	53,0	28,2	25,1	53,3
1945	25,5	20,8	46,3	22,9	20,8	43,7
1946	24,5	19,8	44,3	22,4	19,6	42,0
1947	26,3	21,8	48,1	25,1	23,4	48,5
1948	26,8	22,3	49,1	26,4	23,6	50,0
1949	23,6	20,4	44,0			

(1) Los índices están calculados, tomando en consideración nacidos vivos más nacidos muertos.

Disponemos ahora de todos los elementos, necesarios para analizar la mortalidad peri-natal, o mortalidad al nacimiento, expresión de las probabilidades del feto de nacer o sobrevivir exitosamente a las contingencias que preceden y siguen inmediatamente al parto.

Los índices se forman sumando el coeficiente de mortinatalidad, al de mortalidad neo-natal. Se comprende que su altura está bajo la inmediata dependencia de aquellos. Si la gestante ha tenido cuidadosa vigilancia durante su embarazo, si la asistencia del parto ha sido realizada por técnicos capacitados, y si el niño recién nacido ha tenido una asistencia pediátrica esmerada, el índice de mortalidad perinatal, será bajo. Si uno de los factores nombrados fallase, o si todos ellos acusaran serias deficiencias el índice será forzosamente elevado. En el cuadro N° 10, pueden observarse las variaciones anuales, que se registran en el último decenio así como puede verse en la gráfica que se acompaña, las variaciones de un año a otro. Si se comparan los índices actuales con los de principios del siglo, se observa un descenso, que se approxima a un 50%. Para toda la República el índice de mortalidad peri-natal más bajo observado fué de 44,3 por 1000 nacimientos en 1946, y el más elevado del último decenio, de 61,0, en 1942, cifras bastante alejadas una de otra (1).

(1) El índice de 1949 es sólo aproximado, por no haber sido publicada aún la cifra exacta de nacimientos ocurridos en dicho año.

En cuanto a los departamentos puede verse cifras inferiores a 40 y superiores a 60.

Estimamos que los índices no deberían ser actualmente, superiores a 30 por 1000, cifra que correspondería a una mortalidad peri-natal débil.

Los índices de Montevideo, son ligeramente más elevados que los de la República considerada globalmente.

CUADRO N° 11

Coeficientes de Mortalidad peri-natal por Departamentos Año 1948

Toda la República	21,8	26,8	48,6
Departamentos	Mortalidad neo-natal	Mortinatalidad por 1000 nacimientos	Mortalidad perinatal por 1000
Artigas	25,1	29,3	54,4
Canelones	13,1	20,4	33,5
Cerro Largo	27,9	40,5	68,4
Colonia	16,8	24,2	41,0
Durazno	24,9	16,4	41,3
Flores	28,3	26,2	54,5
Florida	23,0	23,2	46,2
Lavalleja	20,4	28,6	49,0
Maldonado	20,4	36,0	56,4
Montevideo	25,4	26,8	52,2
Paysandú	20,0	22,0	42,0
Río Negro	8,7	21,9	30,5
Rivera	25,0	27,7	52,7
Rocha	21,6	28,2	49,8
Salto	26,6	36,4	63,0
San José	20,7	24,2	44,9
Soriano	16,8	31,1	47,9
Tacuarembó	19,8	15,9	35,7
Treinta y Tres	16,1	31,2	47,3

Los departamentos de Río Negro, Canelones y Tacuarembó, son los que en 1948 ofrecen coeficientes más bajos de mortalidad perinatal; Cerro Largo y Salto los más altos, con 68 y 63 por 1000 nacidos vivos, respectivamente. Montevideo, ofrece cifras altas, 53 por 1000, hasta cierto punto explicables, por el hecho de que la capital con sus servicios de maternidad, es la confluencia natural

de los casos que en el interior, no podrían encontrar una asistencia especializada. No obstante, es indudable que esta última razón, lógicamente debiera contrabalancear ampliamente la circunstancia desfavorable anotada. Mayores perfeccionamientos y eficiencia en los cuidados prenatales y en la asistencia del parto, y del recién nacido lograrían indudablemente abatir los actuales índices, para lo cual corresponde la atención a las autoridades sanitarias nacionales y departamentales.

Mortalidad infantil en el Uruguay

Desde varias décadas atrás, venimos estudiando el problema de la mortalidad infantil en el Uruguay, habiendo llegado el momento de poder expresar con intensa satisfacción, el logro de nuestras aspiraciones como higienista puericultor, al comprobar la importante reducción observada en el último decenio en los índices de mortalidad de menores de un año en todo el país. En efecto, departamentos en los cuales la M. I. era corrientemente de 150 a 160 mil nacimientos, como Artigas, Salto y Rivera, presentan actualmente índices de 70 o de 80 por mil, y aquéllos que en la época a que nos referimos, ofrecían índices de 80 a 90, hoy nos sorprenden agradablemente con una reducción del 50%.

Treinta y cuatro años atrás, en 1917 (véase nuestro trabajo, La Mortalidad Infantil en el Uruguay, comunicación al Primer Congreso Panamericano del Niño, Montevideo 1919), el índice de mortalidad infantil fué de 107 por 1000 nacidos vivos, y 12 de los 19 departamentos en que se divide la República, ofrecían índices superiores a 100 por 1000, y el de algunos como Artigas, alcanzaba a 150 por 1000 nacidos vivos.

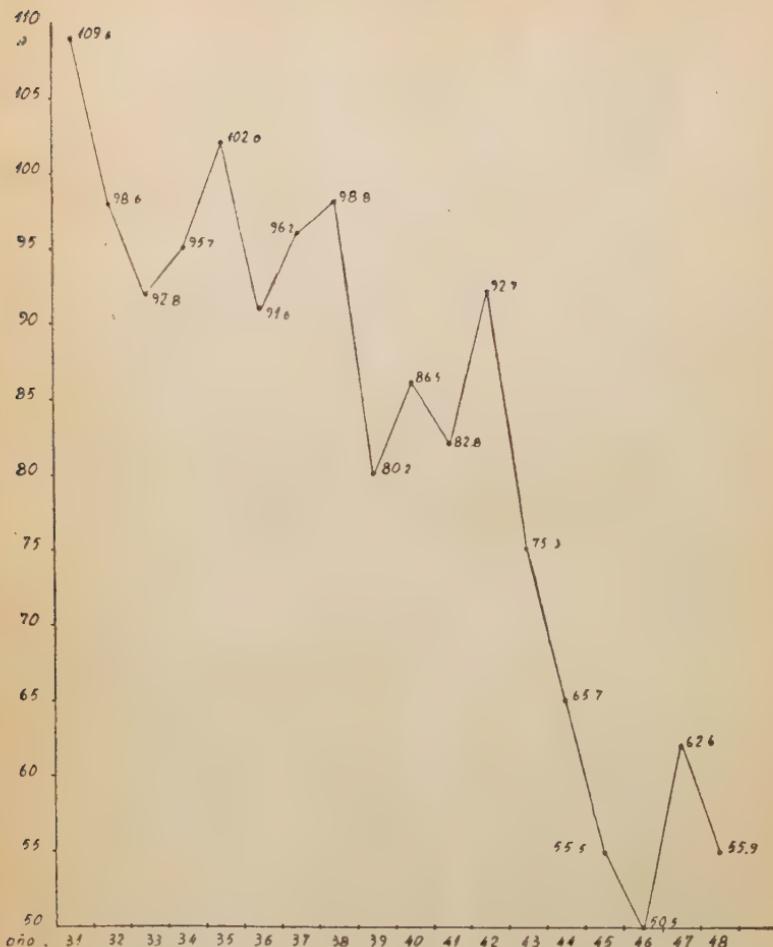
El examen del cuadro Nº 13, permite conocer las oscilaciones, durante un trienio, y los promedios que resultan, para un año. De ese período, el año 1947, se distingue del anterior y del siguiente, por una importante elevación de la M. I., tanto en cifras absolutas como en el índice que le corresponde, bastante más alto, que en los años precedente y siguiente. El departamento de Montevideo, que en el año 1917 señalaba 108 por 1000 nacidos vivos, cifra relativamente baja para aquella época, vió descendido su índice a 48,7, en 1946. Para el año 1948, Canelones ofreció el índice más reducido con 32,5 y Salto el más alto, con 84,3 por 1000 nacidos vivos.

Dado que los índices derivan de la apreciación exacta de la natalidad, y que en ésta se omiten inscripciones de nacimientos que no se registran, hecho variable de un departamento a otro, no es posible presentar estos índices como de rigurosa exactitud.

En sentido contrario puede gravitar, se cuenten como naci-

Mortalidad infantil en el Uruguay

1931 - 1948



Tasa total de mortalidad infantil por todas las causas.

Gráfica N° 1

mientos registrados en el año, aquéllos que corresponden a años anteriores, no registrados en esa oportunidad, y que erróneamente, se suman a aquéllos del año estudiado.

Lo interesante del análisis de la mortalidad infantil, está en su apreciación por períodos de vida. Ello explica su subdivisión en

mortalidad neo-natal, y mortalidad infantil tardía o siguiente al primer mes, hasta el final del undécimo. El gráfico que publicamos muestra las importantes variaciones observadas, y como luego de la caída a pico del primer mes, todavía ella se mantiene durante los dos o tres meses siguientes a una importante altura. La declinación más importante se manifiesta a partir del sexto mes.

CUADRO N° 12

Mortalidad infantil total en el Uruguay por 1000 nacidos vivos

Año	Nacidos vivos	Mortalidad menos de un año	Mortalidad por 1000 nacidos vivos
1926	43.091	4.025	93,4
1927	42.825	4.544	106,0
1928	44.632	4.442	99,5
1929	44.234	4.102	92,7
1930	45.718	4.557	99,7
1931	44.854	4.915	109,5
1932	44.036	4.341	99,0
1933	41.650	3.865	92,8
1934	41.337	3.957	95,7
1935	41.426	4.224	102,0
1936	40.735	3.735	97,0
1937	41.387	3.978	96,1
1938	41.701	4.121	98,6
1939	42.862	3.521	82,3
1940	42.893	3.710	87,5
1941	44.287	3.667	82,8
1942	42.670	3.954	92,9
1943	43.500	3.387	77,8
1944	46.443	3.052	65,7
1945	49.016	2.701	55,1
1946	48.978	2.483	50,7
1947	46.796	2.866	61,3
1948	47.065	2.647	56,2
1949	46.000	2.313	50,3

A principios de este siglo, la natalidad en el Uruguay era de 23.000 a 25.000 nacidos vivos por año, y la mortalidad infantil, de 2.200 a 2.300 por año, con un índice que en el primer quinquenio fué de 97 por 1000 nacidos vivos. En la actualidad, la natalidad se ha duplicado.

CUADRO N° 13

Defunciones de menos de un año en la República. Trienio 46 - 48.
Por departamentos, excluidos los nacidos muertos é Indice por
1000 nacidos vivos

Departamentos	Mortalidad en cifras absolutas			Tasas de Mortalidad infantil			Promedio anual	
	Años			Años				
	1946	1947	1948	1946	1947	1948		
Artigas	72	105	97	49,8	84,1	62,3	65,3	
Canelones	94	104	92	34,1	37,8	32,5	34,8	
Cerro Largo ...	123	153	116	45,6	68,4	83,0	66,3	
Colonia	86	123	93	39,2	56,5	43,6	46,4	
Durazno	87	120	94	48,2	77,1	55,8	60,4	
Flores	35	46	39	60,9	74,5	70,1	68,5	
Florida	41	65	77	32,0	53,1	57,2	47,4	
Lavalleja	58	68	75	37,6	47,1	48,0	44,2	
Maldonado	54	51	56	52,4	48,6	49,8	50,3	
Montevideo	824	1027	923	48,7	62,5	56,7	55,9	
Paysandú	118	128	98	65,1	74,3	55,0	64,8	
Río Negro	76	62	41	83,6	62,0	39,9	61,8	
Rivera	191	196	173	81,2	82,1	65,7	76,3	
Rocha	54	82	76	33,8	53,5	51,4	46,2	
Salto	144	179	205	56,3	71,8	84,3	67,5	
San José	63	86	83	48,0	65,8	68,6	60,8	
Soriano	144	95	115	72,8	49,0	56,7	59,5	
Tacuarembó ...	139	129	129	50,5	53,2	46,5	50,1	
Treinta y Tres.	80	47	65	55,8	53,2	52,3	53,8	
La República ..	2483	2866	2647	52,0	61,3	56,2	56,5	

Canelones, departamento inmediatamente vecino de la capital, resulta ser el de Mortalidad Infantil más baja, con un promedio de 34,8 por 1000 nacidos vivos. Le sigue Lavalleja con un promedio de 44,2. La capital, o mejor dicho el departamento de Montevideo, ofreció un promedio de 55,9, susceptible de ser mejorado, como ocurrió en 1946. Rivera, Cerro Largo, Salto y Flores, son los que ofrecen cifras más altas, entre 76 y 66 por 1000.

Estas cifras son altamente satisfactorias y ponen de manifiesto una reducción del 50% o más en los últimos 30 años.

CUADRO N° 14

Resumen de Mortalidad infantil cronológica. La República.

Grupos de edad	Año 1948	Por 100 defunciones de menores de 1 año	Año 1949	Por 100 defunciones de menores de 1 año
Total fallecidos de menos de 1 año	2.647	100	2.313	100
Fallecidos en la primera semana	581	21,9	571	24,6
Fallecidos en la 2 ^a , 3 ^a y 4 ^a semanas	471	17,8	367	15,8
Total de mortalidad neo-natal	1.052	39,7	938	40,5
Fallecidos de 30 días a menos de 6 meses	1.054	39,8	98	42,5
Fallecidos de 6 meses a menos de 1 año .	541	20,4	391	16,9
Total de mortalidad post-neonatal	1.595	60,3	1.375	59,5

Resumen de mortalidad infantil cronológica. Montevideo - 1948

Total de fallecidos de menos de 1 año	923	100
Fallecidos en la primera semana	274	29,7
Fallecidos en la 2 ^a , 3 ^a y 4 ^a semana	140	15,2
Total de mortalidad neo-natal	414	44,9
Fallecidos de 30 días a menos de 6 meses	368	39,0
Fallecidos de 6 meses a menos de un año.	141	15,3
Total de mortalidad post-neonatal	509	55,1

Mortalidad infantil (menos de un año) por meses de edad

1949

937

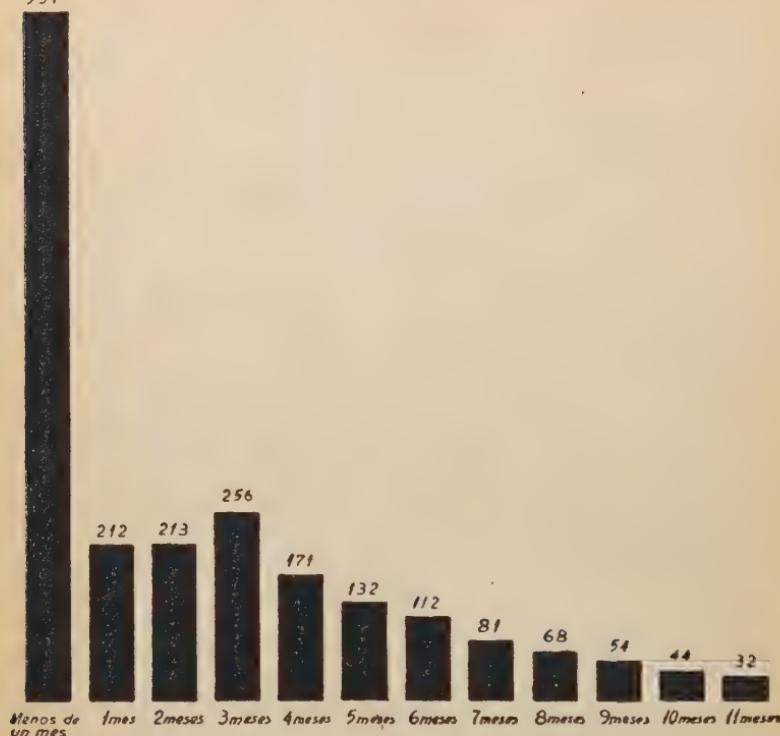


Figura N° 3

CUADRO N° 15

Defunciones de menos de un año en toda la República por edad,
y por 100 defunciones de 0 a un año

Edades	1946	1947	1948	1949
0 a 1 día	7,6	6,5	6,8	7,7
1 a 2 días	4,8	5,2	4,9	6,0
2 a 3 días	2,8	3,3	3,6	3,7
3 a 4 días	2,4	2,4	2,6	2,2
4 a 5 días	1,5	1,4	1,6	1,5
5 a 6 días	1,4	1,3	1,4	1,4
6 a 7 días	1,7	1,0	1,0	2,2
Totales 1 ^a semana ..	22,2	21,0	21,9	24,7

Edades	1946	1947	1948	1949
8 a 14 días	7,3	6,4	8,5	7,4
15 a 21 días	4,8	4,5	5,6	5,3
22 a 30 días	3,7	4,1	3,7	3,0
Total 0 a 1 mes ...	38,0	35,5	39,7	40,5
1 a 2 meses	8,5	8,1	8,8	9,2
2 a 3 meses	10,0	9,5	9,3	9,2
3 a 4 meses	9,2	8,8	9,4	11,1
4 a 5 meses	7,5	7,8	6,7	7,4
5 a 6 meses	6,0	6,3	5,6	5,7
Total de 1 a 6 meses	41,2	40,5	39,8	42,6
6 a 7 meses	5,2	5,4	5,7	4,8
7 a 8 meses	5,0	4,6	4,6	3,5
8 a 9 meses	3,8	4,8	3,4	2,9
9 a 10 meses	3,2	3,5	2,8	2,2
10 a 11 meses	1,9	2,9	1,9	1,9
11 a 12 meses	1,7	2,8	2,1	1,3
Total de 6 a 12 meses	20,8	24,0	20,5	16,6

Del estudio del cuadro precedente, puede concluirse a favor de una reducción importante en los índices de mortalidad infantil, en el 2º semestre de la vida; un estacionamiento, en la que comprende desde 1 a 5 meses; un ligero aumento en el primer mes, y en particular en la primer semana, no resultando de ello una conclusión desfavorable.

La mortalidad de los tres primeros días siguientes al nacimiento forma algo más del quince por 100 del total del primer año y todo el primer mes casi el 40%. Se comprende que a medida que se reduce la mortalidad infantil tardía, crece el índice que corresponde a la mortalidad neo-natal, como consecuencia de no seguir ambas una marcha paralela.

Causas de la mortalidad infantil total

El problema de la mortalidad infantil, debe ser uno de los más importantes, a que los higienistas deben abocarse. La mortalidad del primer año representa un importante drenaje de vidas que en gran parte pueden ser salvadas. Conocemos con precisión las causas de orden médico sobre las cuales se han logrado grandes progresos en los últimos años, pero junto a ellas, están los factores de orden social que inciden peligrosamente, facilitando el desarrollo de las enfermedades; entre ellas debe destacarse, la

Mortalidad infantil (menos de un año) por causas
Indices por 1000 muertos. 1949

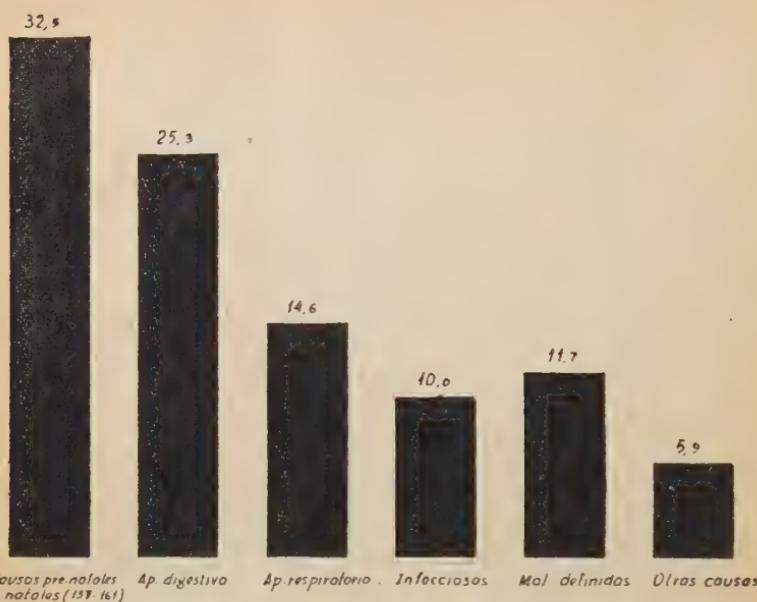


Figura N° 4

influencia de la vivienda, respondiendo a mala situación económica de la familia carente de recurso, la ilegitimidad en estrecha relación con la ignorancia, que paulatinamente retrocede en todas partes.

CUADRO N° 16

La República

Defunciones de menos de un año, por causas más importantes y por sexo (Gráfica N° 1)

Causas	1946	1947	1948	1949	1950
Debilidad cong. y Prematurez	380	423	473	423	425
Diarreas y enteritis	677	812	587	569	541
Bronquitis y neumonias	309	344	392	337	348
Tos convulsa	99	89	100	46	83
Tuberculosis	39	53	40	52	46
Sífilis	87	69	53	75	71
Lesiones al nacer (trauma) ..	92	139	117	101	102
Vicios congénitos	77	84	85	86	83
Otras	415	516	456	353	435
Desconocidas o mal definidas	308	339	346	271	316
Totales	2483	2866	2647	2313	2575

De las enfermedades del primer año, todavía las diarreas y enteritis juegan un rol dominante. Le siguen en importancia, la prematuridad y debilidad congénita, que en realidad constituyen un solo grupo, e inmediatamente después las bronquitis y neumonias. Las enfermedades no especificadas o mal definidas, forman todavía un grupo, con una cifra elevada, que impide conocer con más exactitud, las cifras de los grupos conocidos. Lo mismo debemos decir del grupo que lleva por título "otras" enfermedades de la primera edad, que debiera reducirse a una cifra muy inferior a la actual.

Estos dos grupos, por lo vago del rótulo, y por lo elevado de sus cifras conspiran en el sentido de hacer casi imposible un conocimiento más exacto de las causas de mortalidad infantil. Sería altamente recomendable, se exhortase a la sección de Estadística Vital, a reducir al mínimo estos guarismos.

CUADRO N° 17

Tasas de mortalidad de menos de un año por 1000 nacidos vivos y por causa. Año 1948 — 56,2

Diarreas y enteritis	14,7	por 1000 nacidos vivos.
Prematurez y débiles congénitos ..	12,6	" "
Bronquitis y neumonias	9,7	" "
Tos convulsa	2,2	" "
Tuberculosis	1,1	" "
Vicios congénitos de conform.	1,9	" "
Todas las otras causas	14,0	" "

Mortalidad infantil según los meses del año

La mortalidad infantil no se reparte de un modo uniforme en los 12 meses del año. En nuestro país las diferencias climatéricas, gobiernan la mayor o menor frecuencia de las defunciones de menores de un año. Ha sido corriente observar y así lo hemos señalado, la presencia de un pico de mortalidad de verano, comprendiendo los meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero, y de otro de más breve intensidad y duración o pico de invierno, incluyendo a los meses de Julio y Agosto. Este fenómeno ha sido detenidamente estudiado en anteriores trabajos nuestros, y se debe al mayor desarrollo en Verano de las "Diarreas y Enteritis" y en Invierno de las afecciones gripales, broncopulmonares coincidiendo en ciertos años con epidemias de tos convulsa y de sarampión.

En la gráfica número 3, puede observarse como el año se inicia con un medio pico, correspondiente al verano y termina con

otro medio pico que corresponde a la iniciación de la estación calurosa. Puede verse como en el año 1948, tanto los meses de verano como los de invierno ofrecen una importante reducción con respecto a los dos años anteriores.

Considerada en su conjunto, la mortalidad infantil de la República en 1948 ofrece un descenso de 20%, con respecto a la del año 1947.

CUADRO N° 18
Mortalidad infantil por mes del año

Meses	1947	1948	1949
Enero	339	314	252
Febrero	250	221	197
Marzo	279	235	177
Abril	164	203	192
Mayo	196	190	196
Junio	194	192	189
Julio	184	229	151
Agosto	204	237	184
Setiembre	211	186	214
Octubre	244	185	168
Noviembre	307	198	181
Diciembre	294	257	212
	2866	2647	2313

Habitualmente es Enero el mes del año, en el que se producen mayor número de muertes de menores de un año, coincidiendo con las temperaturas más elevadas. Luego sobreviene un decrecimiento que se acentúa en Mayo y Junio, para producirse una nueva elevación (pico de invierno) seguido de un nuevo descenso que comprende Setiembre y Octubre. En Noviembre y Diciembre se inicia el pico del verano, que se hace más agudo en Enero.

Variaciones estacionales suelen producirse en relación con las temperaturas, estados epidémicos, como la aparición de endemias gripeales, tos convulsa o sarampión que ejercen gran influencia en la mortalidad infantil. Como puede observarse, en la gráfica N° 1 la mortalidad infantil ha descendido un 30%.

Mortalidad materna

La mortalidad de las madres durante el parto, por accidentes en el mismo o por complicaciones en el puerperio, debe ser mirada

como un índice del grado deadelanto de un país en higiene prenatal. Es todavía un hecho, que un cierto número de madres pagan con su vida una maternidad, no siempre deseada. Una mejor asistencia del embarazo, y menores cuidados natales y en puerperio, tienden a reducir el número de vidas que se pierden por causas de distinto orden.

El cuadro a continuación muestra las variaciones de la MM en los últimos años.

CUADRO N° 19

Defunciones por causas de índole puerperal En la República

Años	Número de muertes	Coef. por 1000 nacidos vivos
1949		
1948	87	1,87
1947	79	1,7
1946	92	1,84

CUADRO N° 20

Defunciones por causas de índole puerperal En Montevideo

Años	Número de muertes	Coef. por 1000 nacidos vivos
1948	37	2,27
1947	30	1,83
1946	36	2,12

El promedio del trienio 1946-1948, fué de 1,8 para la República y de 2,07 por 1000 nacidos vivos para Montevideo. Ninguna modificación favorable, puede ser deducida, todo ello de acuerdo con nuestro estacionamiento en lo referente a nuestra asistencia prenatal y natal. Si bien nuestros índices son relativamente favorables, corresponde destacar, que en los Estados Unidos, se ha conseguido en el curso de pocos años reducir el índice a la cifra de una reducción por 1000 nacidos vivos en el año 1949. Merece llamarse la atención, sobre la mayor mortalidad materna en la capital, que en campaña, no obstante disponerse de dos maternidades bien equipadas.

MORTALIDAD PERINATAL Y MORTALIDAD INFANTIL EN EL URUGUAY**Resumen**

El autor estima que la mortalidad perinatal define el riesgo del feto, en el período de su vida que va desde las 28 semanas de su vida intrauterina, hasta el fin del primer mes que sigue a su nacimiento.

Su conocimiento exige determinar la natimortalidad, excluido los abortos, o muertes fetales, anteriores a las 28 semanas de la concepción, relacionándola con el total de los nacimientos en el año, multiplicado por 1000, con lo que se obtiene la tasa o coeficiente de natimortalidad por 1000 nacimientos.

El índice de natimortalidad, es en el Uruguay de 26 por 1000 nacimientos, es decir moderada, habiéndose producido un importante descenso, en los últimos 10 años.

La mortalidad neonatal, es subdividida en precoz (primera semana) y tardía, de 7 a 30 días. La primera, da lugar al 55 por 100 de la mortalidad del primer mes, y su tasa por 1000 nacidos vivos es de 12. Se debe preponderantemente a la premadurez y trauma obstétrico, y al grupo de enfermedades propias al primer año. La mortalidad del primer día, forma un 4 por 1000 nacidos vivos. La sífilis da lugar a una cifra muy reducida de muertes neonatales.

En cuanto a la mortalidad neonatal tardía, origina el 45% de la que ocurre en todo el primer mes, y se debe todavía, particularmente a la premadurez, 30% de los casos, siguiéndole las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo. La tasa de mortalidad neonatal tardía, fué de 10 por 1000 nacidos vivos en 1948. En cuanto a la mortalidad neonatal total, la tasa por 1000 nacidos vivos fué de 22, en el año 1938. Ninguna reducción, se señala en los últimos años, en la mortalidad neonatal, demostrando ello, la insuficiencia de nuestros medios de lucha para reducirla.

La mortalidad perinatal, se obtiene, sumando los índices de mortinatalidad y de mortalidad neonatal, obteniéndose la tasa de 49 por 1000 nacimientos para 1948. El autor considera, que este índice representa una mortalidad perinatal moderada, pudiendo ser reducida a 30 por 1000, mediante una mejor asistencia prenatal, natal y neonatal.

En lo referente a la mortalidad infantil, son evidentes los adelantos realizados en los últimos años, obteniéndose reducciones que llegan a 50% de las que era corriente observar hace 20 años. Actualmente la mortalidad infantil es de 50 por 1000 nacidos vivos. En Montevideo, la tasa más baja fué observada en 1946, con 48.7 por 1000 nacidos vivos, observándose una ligera elevación en los 3 años subsiguientes.

La mortalidad del primer mes, es el 40% de la que corresponde al primer año. En el segundo mes, se observa un fuerte descenso, seguido de una nueva elevación en el tercer mes de vida. Pasado este, el descenso es progresivo, en los restantes meses del primer año.

La mortalidad infantil (menos de un año) es producida todavía, predominantemente por las enfermedades del tubo digestivo, siguiendo en importancia decreciente, la premadurez y Deb. congénita, y luego las afecciones respiratorias.

En lo referente a la mortalidad materna, la tasa es bastante baja, 2 por 1000 nacimientos. La asistencia del parto en Maternidades del Ministerio de Salud Pública, se hace en Montevideo en el 34.5 por 100 de los partos, y en un 5 por 100 a domicilio por el Servicio Obstétrico domiciliario, del mismo Ministerio.

El número de camas para parturientas es en Montevideo de 243, y de 383 en el interior del país. El promedio de madres internadas en establecimientos oficiales dió en 1950, un rendimiento de 25 partos por cama en el año, para

Montevideo, y de 46 por cama en Salto. En algunos departamentos del interior, el rendimiento es muy bajo, 7 a 15 por cama y por año.

Como conclusión, se propone el nombramiento de una comisión de expertos, que estudie los datos aportados por los diferentes países de América, y proponga los métodos que juzgue más apropiados, para reducir la mortalidad perinatal.

MORTALITE NEONATALE ET MORTALITE INFANTILE EN URUGUAY

(Résumé).

L'auteur estime que la mortalité périnatale établit le risque du foetus dans la période de sa vie depuis la 28ème semaine de sa vie intra-utérine jusqu'à la fin du premier mois après la naissance.

Pour la connaître, il faut déterminer la natimortalité, exclut les avortements ou morts des foetus de moins de 28 semaines de gestation ,la rapportant au total des naissances par an multiplié par 1000; nous obtiendrons ainsi le taux ou coefficient de natimortalité par 1000 naissances.

En Uruguay, l'indice de natimortalité est de 26 par 1000 naissances, c'est-à-dire, modérée, une diminution considérable s'étant produite dans les 10 dernières années.

La mortalité néonatale comprend la mortalité précoce (1ère semaine) et tardive (7ème à 30ème jour). La première cause 55% de la mortalité du premier mois et son taux est de 12 par 1000 nés-vivants. Elle est dûe spécialement à la prématurité et aux traumatismes obstétriques, et au groupe des maladies propres de la première année. La mortalité du premier jour est de 4 par 1000 nés-vivants. La syphilis produit un chiffre très réduit de morts néonatales.

Quant à la mortalité néonatale tardive, elle origine 45% de la mortalité qui survient pendant tout le premier mois et est causée particulièrement par la prématurité (30%), suivie par les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif. Le taux de la mortalité néonatale tardive a été 10 par 1000 nés-vivants en 1948. Quant à la mortalité néonatale totale, le taux a été de 22 par 1000 nés-vivants en 1938. Aucune réduction n'a été enregistrée pendant les dernières années en ce qui a trait à la mortalité néonatale, ce qui fait ressortir l'insuffisance de nos moyens de lutte pour la réduire.

La mortalité périnatale est le résultat de l'addition des indices de mortinatalité et de mortalité néonatale, et l'on obtient ainsi pour 1948 un taux de 49 par 1000 naissances. L'auteur considère que cet indice représente une mortalité périnatale modérée qui peut être réduite à 30 par 1000 au moyen d'une meilleure assistance pré-natale, natale et néonatale.

En ce qui a trait à la mortalité infantile, le progrès réalisé dans les dernières années est évident, la baisse étant arrivée à 50% des chiffres que l'on observait couramment il y a 20 ans. Actuellement la mortalité infantile est de 50 par 1000 nés-vivants. À Montévidéo le taux le plus bas a été observé en 1946 (48.7 par 1000 nés-vivants); une légère élévation s'étant produite au cours des 3 années subséquentes.

La mortalité du premier mois est de 40% de celle de la première année. Dans le deuxième mois on observe une baisse remarquable, suivie d'une nouvelle élévation pendant le troisième mois de vie. Après le troisième mois, la baisse est progressive dans les mois qui restent de la première année.

La mortalité infantile (moins d'un an) est produite encore en tout premier lieu par les maladies de l'appareil digestif, suivie en ordre d'importance descendante par la prématurité et la débilité congénitale et ensuite par les affections de l'appareil respiratoire.

Quant à la mortalité maternelle, le taux est assez bas: 2 par 1000 naissances. À Montévidéo, 35.5% des accouchements se réalisent dans les maternités

du Ministère de la Santé Publique et 5% à domicile assistés par le Service obstétrique domiciliaire du même Ministère.

Le nombre des lits pour les parturientes est 243 à Montevideo et 383 a l'intérieur du pays. Le pourcentage des mères internées dans les établissements officiels a donné en 1950 un rendement de 25 accouchements par lit et pendant l'année pour Montevideo, et de 46 par lit a Salto. Dans quelques départements de l'intérieur, le rendement est très bas, 7 a 15 par lit et par an.

Comme conclusion, on propose la nomination d'une Commission d'Experts pour étudier les renseignements apportés par les différents pays de l'Amérique laquelle Commission devra proposer les méthodes les plus appropriées pour réduire la mortalité périnatale.

PERINATAL MORTALITY AND INFANT MORTALITY IN URUGUAY

Summary

The author states that perinatal mortality establishes the danger of the foetus during the period of its life that goes from the 28 weeks of gestation to the end of the first month after birth.

Knowing it, it is possible to determine natimortality —excluding abortions and foetal deaths of less than 28 weeks of gestation— relating it to the total of births per year, thus obtaining the natimortality rate per 1000 live births.

The natimortality rate is moderate in Uruguay: 26 per 1000 live births; having been greatly lowered in the last ten years.

Early neonatal mortality comprises the deaths occurred in the first week of life, and late neonatal mortality the deaths from 7 to 30 days of life. The first shows the 55% of the mortality of the first month and its rate per 1000 live births is of 12. It is due principally to prematurity and injuries at birth and to the group of diseases pertaining to the first year of life.

The mortality in the first day of life reaches to 4 per 1000 live births. Syphilis causes a very reduced number of neonatal deaths. Late neonatal mortality originates 45% of all deaths during the first month and is due particularly to prematurity, 30% of cases, and to the diseases of the respiratory and alimentary tracts.

The rate of late neonatal mortality was of 10 per 1000 live births in 1948.

Total neonatal mortality had a rate of 22 per 1000 live births in 1938. This number has not been reduced in the last years and this proves the inadequacy of our means to control it.

The Perinatal Mortality Rate is obtained by adding infant mortality rates and neonatal mortality rates; thus obtaining the rate of 49 per 1000 live births in the year 1948.

The author considers that this rate represents a moderate perinatal mortality and that it can be reduced to 30 per 1000 by means of better prenatal, neonatal and afterbirth care.

In the last years there have been great advances in the reduction of infant mortality, the rates of which have decreased 50% in comparison with those of 20 years ago. At present infant mortality is 50 per 1000 live births. In Montevideo the lowest rate was in 1946, with 48.7 per 1000 live births with a slight increase in the 3 subsequent years. The mortality of the first month is 40% of the mortality for the first year.

In the second month a marked decrease can be observed, followed by a new rise in the third month. After this the descent is progressive in the next months.

Infant mortality (below 1 year) is still caused chiefly by the diseases of the alimentary tract, followed by prematurity, congenital weakness and the diseases of the respiratory tract.

Maternal mortality rates are rather low: 2 per 1000 births. In the city of Montevideo 34,5% of all childbirths are taken care of at the Public Health Maternities and 5% is attended by Childbirth Home Care of the same Department of State.

The number of beds for childbirth is 243 in Montevideo and 383 in the rest of the country. The average of mothers assisted in Government establishments was in 1950 of 25 per bed in Montevideo and of 46 per bed in Salto. In some departments of the interior the percentage is very low: 7 to 15 per bed per year.

As a conclusion the author proposes that a committee of experts be appointed to study the data presented by the various American countries and propose the methods considered most appropriate to reduce perinatal mortality.

MORTALIDADE PERINATAL E MORTALIDADE INFANTIL NO URUGUAI

Resumo

O autor considera que a mortalidade perinatal define o risco do feto, no período de sua vida que vai desde as 28 semanas de sua vida intrauterina, até o fim do primeiro mês que se segue ao seu nascimento.

Seu conhecimento exige determinar a natimortalidade, excluído os abortos, ou mortes fetais, anteriores às 28 semanas da concepção, relacionando-a com o total dos nascimentos no ano, multiplicado por 1000, em o que se obtém a taxa ou coeficiente de natimortalidade infantil por 1000 nascimentos.

O índice de natimortalidade é, no Uruguai, de 26 por 1000 nascimentos, isto é, moderada, havendo-se produzido um importante decréscimo nos últimos 10 anos.

A mortalidade neonatal é subdividida em precoce (primeira semana) e em tardia, de 7 a 30 dias. A primeira dá lugar a 55 por 100 da mortalidade do primeiro mês, e sua taxa por 1000 nascidos vivos é de 12. Deve-se preponderantemente à prematuridade e ao trauma obstétrico, e ao grupo de doenças próprias do primeiro ano de vida.

A mortalidade do primeiro dia é de um 4 por 1000 nascidos vivos. A sífilis dá lugar a uma cifra muito reduzida de mortes neonatais.

Quanto à mortalidade neonatal tardia, origina o 45% da que ocorre em todo o primeiro mês, e deve-se ainda, particularmente, à prematuridade, seguindo-lhe as doenças do aparélio respiratório e digestivo.

A taxa de mortalidade neonatal tardia foi de 10 por 1000 nascidos vivos em 1948.

Quanto à mortalidade neonatal total, a porcentagem por 1000 nascidos vivos foi de 22, no ano 1938. Nenhuma redução se assinala nos últimos anos na mortalidade neonatal, demonstrando isso a insuficiência de nossos recursos de luta para reduzi-la.

A mortalidade perinatal obtém-se somando os índices de mortinatalidade e de mortalidade neonatal, resultando o coeficiente de 49 por 1000 nascimentos para 1948.

O autor considera que este índice representa uma mortalidade perinatal moderada, podendo ser reduzida a 30 por 1000, mediante uma melhor assistência prenatal, natal e neonatal.

No referente a mortalidade infantil, são evidentes os progressos realizados nos últimos anos, chegando-se a obter reduções de um 50% das que era geral observar faz 20 anos. Atualmente a mortalidade infantil é de 50 por 1000 nascidos vivos. Em Montevidéu a taxa mais baixa foi observada em 1946, com 48,7 por 1000 nascido vivos, observando-se uma leve elevação nos 3 anos subsequentes. A mortalidade do primeiro mês é de 40% da que corresponde ao primeiro ano.

No segundo mês observa-se uma forte descida, seguida de uma nova ele-

vação no terceiro mês de vida. Passado este, a descida é progressiva nos restantes meses do primeiro ano.

A mortalidade infantil (menos de 1 ano) é ainda produzida, predominantemente, pelas doenças do tubo digestivo, seguindo em importância decrescente, a prematuridade, a debilidade congênita, e depois as afeções respiratórias.

Com referência à mortalidade materna, a taxa é bastante baixa, 2 por 1000 nascimentos. A assistência do parto nas Maternidades do Ministério de Saúde Pública, faz-se em Montevidéu em 34.5 por 100 dos partos, e em um 5 por 100 no domicílio, pelo Serviço Obstétrico domiciliar, do mesmo Ministério.

O número de camas para parturientes é, em Montevidéu, de 243, e de 383, no interior do país. A medida geral de mães internadas em estabelecimentos oficiais deu, em 1950, um rendimento de 25 partos por cama no ano, para Montevidéu, e de 46 por cama, em Salto. Em alguns departamentos do interior o rendimento é muito baixo, 7 a 15 por cama e por ano.

Como conclusão, propõe-se nomear uma comissão de experts, que estude os dados oferecidos pelos diferentes países da América, e proponha os métodos que julgue mais apropriados para reduzir a mortalidade perinatal.

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

Cambios de Delegados

En el corriente año se han producido algunos cambios en la constitución del Consejo Directivo, debido a la designación de nuevos delegados, a saber:

Estados Unidos de América. — El alejamiento de la señorita Katherine F. Lenroot de su cargo de Jefe del Children's Bureau, de Washington, trajo aparejado el cese como delegada técnica de los Estados Unidos de América ante el INSTITUTO, habiéndose designado para ambos a la doctora Martha M. Eliot a quien hemos mencionado elogiosamente en nuestras publicaciones más de una vez (BOLETIN 89 pág. 238 y NOTICIARIO 50 pág. 7), sin contar con que en este mismo número damos cuenta, en **Informaciones**, de otra distinción de que fué objeto, por su labor en el campo del bienestar infantil y en el de la salud pública internacional.

El Gobierno de Estados Unidos de América designó, asimismo, Delegada Técnica Suplente a la señora Elisabeth Shirley Enochs de quien hicimos justiciero elogio en el BOLETIN 99 pág. 314, pues además de su destacada labor en favor del INSTITUTO, debemos recordar que el cargo de Delegada Técnica Suplente lo viene desempeñando desde hace muchos años, en sucesivas reuniones del Consejo Directivo.

Nicaragua. — El Gobierno de Nicaragua designó al distinguido pediatra uruguayo doctor Alfredo Ramón Guerra, Delegado residente en Montevideo, cargo vacante por renuncia del doctor Juan E. Cendán Alfonso.

Panamá. — Con el retiro del señor Ministro de Panamá don Alfredo de Roux quedó vacante el cargo de delegado residente en Montevideo, puesto que corresponde ocupar al nuevo Ministro del país hermano, señor Ernesto B. Fábrega.

Perú. — El doctor Otto Fiek Campodónico, Director del Departamento Materno Infantil de Perú sustituyó en el cargo de Delegado Técnico, al doctor Manuel Salcedo Fernandini quien desde hace varios años, desempeñaba ese puesto con singular dedicación, preocupado por toda cuestión relacionada con el INSTITUTO. Nos complace poder contar con la colaboración del doctor Salcedo desde el cargo que ocupa en la Oficina Regional de UNICEF para América Latina, lo cual ha influido en la feliz resolución de varias cuestiones planteadas ante dicho organismo internacional.

Con el alejamiento de la señorita Lenroot de su cargo de Delegada Técnica de los Estados Unidos de América queda vacante la Vicepresidencia de nuestro Consejo Directivo.

Conferencias y Congresos

SEGUNDAS JORNADAS SANITARIAS DE HIGIENE MATERO - INFANTIL

Santa Fe, Argentina. 17-19 de octubre, 1951

RECOMENDACIONES

Bioestadística de la infancia

Las Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil

CONSIDERANDO:

1. Que la lucha contra la morbilidad infantil no podrá alcanzar resultados satisfactorios si no se realiza de acuerdo a planes ajustados a las circunstancias de cada lugar.
2. Que este ajuste y adecuación no puede efectuarse sin el concurso de la Estadística Vital.
3. Que es necesario que la Bioestadística sea perfeccionada especialmente en lo que se refiere a los problemas médico-sociales de la infancia.
4. Que este perfeccionamiento de la estadística vital depende entre otras cosas de la comprensión e interés que por ella tengan, no sólo la sanidad oficial, sino también el gremio médico y las profesiones para-médicas.

RECOMIENDAN:

1. Llamar la atención sobre el carácter básico de los estudios demográficos de la infancia para la organización y administración de una eficaz asistencia del niño.
2. Destacar ante los gobiernos de provincias la conveniencia que la recepción y elaboración de los datos demográficos, se haga bajo la dependencia y responsabilidad directas del Ministerio de Salud Pública, por lo cual las oficinas respectivas deben depender de este Ministerio.
3. Incorporar la enseñanza de la Estadística Metodológica a los primeros años del plan de estudios en las Escuelas de Medicina.
4. Aconsejar la enseñanza de referencias demográficas al ser estudiadas las materias de especialización (Pediatría, Tisiología, Higiene, etc.) en las Escuelas de Medicina.

5. Organizar cursos de post-graduados sobre temas de Bioestadística en las Escuelas de Medicina.
6. Exigir algún título de capacitación al candidato a ingresar en oficinas relacionadas con la Estadística Vital.
7. Ofrecer cursillos de capacitación estadística al personal de oficinas que maneja bioestadística y a los aspirantes a cargos de dichas oficinas.
8. Solicitar a las Sociedades de Pediatría la constitución de Comités o Subcomisiones de Bioestadística que asesoren en ésta especialidad y recopilen información demográfica para uso de los asociados y miembros de la comunidad en general.
9. Exhortar a las instituciones y organismos encargados del estímulo de la investigación científica, la instauración de premios o recompensas a los mejores trabajos sobre Estadística Vital de la infancia.
10. Destacar la conveniencia que en los Congresos, Jornadas y demás reuniones pediátricas, se incluyan en el temario asuntos relacionados con la Estadística Vital.
11. Solicitar de las Universidades e Institutos docentes superiores la organización de cursos de post-graduados sobre Bioestadística.
12. Encarecer a los gobiernos provinciales la correcta captación de los datos básicos para alcanzar estadísticas vitales satisfactorias.
13. Solicitar a los centros de investigación bioestadística, Sociedades de Pediatría y demás interesados en el tema, el estudio y proposición de un capítulo especial para las afecciones nutro-digestivas del primer año de vida para la próxima Nomenclatura Internacional de Causas de Muerte, Enfermedad y Lesiones.

Educación y divulgación sanitaria en la asistencia materno-infantil

Las Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil

CONSIDERANDO:

1. Que para alcanzar una eficaz protección de la salud materno-infantil es menester conseguir la colaboración activa de las madres y los niños.
2. Que es menester saber despertar y orientar esta colaboración de acuerdo a programas educativos adecuados a quienes se desea beneficiar.
3. Que estos programas deben ser preparados y realizados por personal suficientemente capacitado tanto en los fundamen-

tos sanitarios de la asistencia materno - infantil, como en las técnicas específicas de educación y divulgación.

RECOMIENDAN:

1. Aconsejar a los organismos oficiales y privados relacionados con la asistencia materno-infantil, la intensificación de las actividades de educación y divulgación sanitaria.
2. Cumplir esta educación y divulgación de acuerdo a planes bien estudiados y adecuados a las características particulares de la masa educanda.
3. Dedicar especial atención e interés a la Educación Sanitaria del niño de edad escolar por ser ésta la época de la vida humana en que es más factible la inculcación de hábitos permanentes y definitivos de salud.
4. Promover la formación de Educadores Sanitarios en Centros docentes especializados en la enseñanza de técnicos y métodos de sanidad.
5. Aconsejar a las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales, la designación de Educadores Sanitarios, con títulos habilitantes, para proyectar y realizar planes de educación sanitaria sobre asistencia materno-infantil, no sólo entre madres y niños, sino también en la comunidad y grupos especiales de ésta.

Sífilis congénita

Las Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil

CONSIDERANDO:

1. Que la sífilis congénita es un problema médico-social de singular trascendencia para la infancia actual y las generaciones venideras.
2. Que el advenimiento de nuevos y más potentes recursos terapéuticos contra la sífilis debe motivar un reajuste de las bases preventivas y curativas de la lúes congénita.
3. Que dichos modernos medios de ataque pueden reducir muy sensiblemente la incidencia de la sífilis congénita en un plazo de tiempo relativamente corto, si ellos son administrados de acuerdo a planes sanitarios bien estudiados y cumplidos.

RECOMIENDAN:

1. Solicitar de las autoridades nacionales, provinciales y municipales proveer por intermedio de quien corresponda las ma-

yores facilidades para el diagnóstico exacto y precoz de la sífilis materna y congénita.

2. Establecer la investigación serológica de la sífilis como elemento imprescindible del examen de rutina de la embarazada.

3. Confiar al obstetra la dirección y oportunidad del tratamiento antisifilitico de la embarazada luética.

4. Proveer con la previsión suficiente a los organismos antiluéticos de la medicación requerida para efectuar tratamientos completos de acuerdo a pautas claras y suficientemente divulgadas.

Asistencia del niño de edad preescolar

Las Segundas Jornadas de Higiene Materno-Infantil

CONSIDERANDO:

1. Que la asistencia del niño de edad preescolar no puede estar ausente del interés de la colectividad en general y de los organismos sanitarios y educacionales en particular.

2. Que es menester extender a esta edad los beneficios de una planificación y administración bien reglada y cumplida.

3. Que es necesario dar amplia difusión a los principios fundamentales de la asistencia del niño de edad preescolar.

RECOMIENDAN:

1. Dedicar particular atención a la asistencia médica, educativa y social del niño de edad preescolar.

2. Señalar al Jardín de Infantes como el organismo a través del cual debe cumplirse la asistencia integral del niño en edad preescolar.

3. Destacar ante los poderes públicos que en defensa del valor social, presente y futuro, del niño de edad preescolar deben vigilar el cumplimiento en todos los Jardines de Infantes, privados o no, de los requisitos higiénicos mínimos para preservar y promover la salud de los concurrentes.

4. Realizar el control científico de la alimentación provista por los Jardines de Infantes mediante encuestas alimentarias cuidadosamente proyectadas y cumplidas.

Asistencia a la madre

Las Segundas Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil

CONSIDERANDO:

1. Que la asistencia de la maternidad constituye una parte básica de todo plan de Salud Pública.

2. Que la atención correcta de la maternidad es uno de los elementos más efectivos de la Medicina Preventiva.

3. Que es menester una amplia divulgación de los principios que fundamentan dicha asistencia.

RECOMIENDAN:

1. Propender a la asistencia integral de la madre: preventiva, curativa y social.

2. Procurar la correcta estadística de la morbitmortalidad materna para una mejor y más adecuada planificación y administración de la asistencia materna.

3. Aconsejar la amplia divulgación de los beneficios de la asistencia prenatal, correcta y precoz, no sólo entre los especializados, sino entre el cuerpo médico y la comunidad.

4. Propender al perfeccionamiento de las leyes de protección a la madre que trabaja, a fin que pueda disponer de un descanso pre y postparto adecuado a su estado gravídico y puerperal.

5. Destacar que la higiene mental de la madre debe ser promovida comprensivamente por el especializado, el médico general y el personal paramédico.

6. Aconsejar la amplia difusión del régimen alimenticio suficiente, correcto y adecuado que necesita una mujer durante su gravidez y lactancia.

7. Promover y estimular la ayuda alimentaria a la mujer grávida y que lacta, a través de los correspondientes organismos de asistencia social.

PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA

Medellín, Colombia. 7-9 de junio de 1951

CONCLUSIONES APROBADAS

1^a La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana, reunida en la Ciudad de Medellín con motivo de la celebración del veinticincoavo aniversario de la iniciación de labores de la Cruz Roja de Antioquia, deja constancia de su reconocimiento y aplauso muy sinceros por la eficiente labor de orientación y unificación del Comité Internacional y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, ante quienes presenta su cordial mensaje de salud y sus votos porque se afiancen cada vez más los vínculos de unión entre tan distinguidos organismos internacionales y la Cruz Roja de Colombia.

2º La primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana aplaude las labores que desarrolla la Cruz Roja de la Juventud del Comité de Antioquia, y presenta su ejemplo como digno de seguirse por las secciones de todo el país. La Convención solicita atentamente del Sr. Ministro de Educación Nacional su valiosa influencia para que mediante la efectiva cooperación de los funcionarios del ramo, se dé cumplimiento, en los establecimientos de enseñanza del país, a lo dispuesto en el Art. 5º de la ley 49 de 1948.

Insinúese respetuosamente al Ministerio de Educación que, para el incremento y control de la Cruz Roja de la Juventud, podría definirse el nombramiento de uno o varios funcionarios investidos de suficiente autoridad para crear, organizar y controlar la acción de los Comités de la Cruz Roja de la Juventud con la colaboración efectiva de los visitadores de Educación en los distintos departamentos.

3º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana recomienda a los Comités Departamentales de la Cruz Roja se sirvan cooperar al mayor desarrollo de la labor de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana, seleccionando y animando un suficiente personal que acuda a prepararse en el verdadero espíritu de la Cruz Roja, para que al terminar sus estudios, regrese a las respectivas secciones del país a prestar sus servicios completos en las obras de la Cruz Roja. La Convención recomienda, asimismo, la creación de grupos de Damas Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja en todos los departamentos. Y que esta actividad sea nacional y por lo tanto unificada en su organización y finalidades, tomando como base la implantada en la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional en la sección de Auxiliares Voluntarias.

4º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana reafirma una vez más su voluntad de continuar prestando ayuda en las emergencias, en cumplimiento de la misión de clemencia que corresponde a la Cruz Roja y para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 49 de 1948. La Convención solicita de la manera más respetuosa, de los gobiernos Central y Seccionales se sirvan hacer efectivas las disposiciones de la citada ley y de los decretos Ns. 4231 de 1948 y 2114 de 1950.

5º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana recomienda que en las obras de PROTECCION INFANTIL Y MATERNA que deben continuar siendo la más importante preocupación de su labor, se siga como norma el propender por hacer efectiva la concurrencia económica del padre, toda vez que las condiciones económico-sociales son efectivas en las actividades médico-sociales que persiguen ese fin.

6º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana resuelve adoptar como himno de la Cruz Roja Nacional de la Juventud, el ejecutado ante la Convención por los niños y jóvenes que forman la Cruz Roja Nacional de la Juventud de Antioquía, con las modificaciones que fueren necesarias en su letra.

7º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana adopta como lema de la Cruz Roja de la Juventud del País el siguiente, que sirve de bandera al Comité de la Juventud de Antioquía: "POR EL SERVICIO DEL PROJIMO AL SERVICIO DE DIOS".

8º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja de la Juventud recomienda a los Comités Central y Seccionales del país, como medio de incrementar la presencia de la Cruz Roja de la Juventud en toda nación, se estudie la forma de establecer en las capitales la hora radial de la Cruz Roja de la Juventud, mediante organización que adelantará cada seccional.

9º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja, teniendo en cuenta que la ciudad de Manizales va a conmemorar el primer centenario de su fundación, se asocia al justo regocijo de la Capital de Caldas y manifiesta su deseo de que la directiva nacional de la Cruz Roja coopere en forma más eficaz a fin de que su filial de Manizales logre realizar el proyecto de Hospital de Ortopedia que con aquella ocasión se propone llevar a cabo.

10º La Primera Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana, reunida en la ciudad de Medellín con motivo de la celebración del veinticincoavo aniversario de la fundación de la institución del departamento de Antioquia, dispone: A menos que se presenten circunstancias de fuerza mayor, cada año se verificará una Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana. La próxima se celebrará en la ciudad de Bogotá en la fecha que el Comité Central disponga. Las siguientes en las ciudades que se señale en cada Convención y en la fecha que defina el Comité Central de acuerdo con la respectiva sede de la Convención.

V CONFERENCIA REGIONAL DE LA OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Río de Janeiro, 17 - 30 de abril de 1952

La V Conferencia Regional de los Estados de América miembros de la OIT, tendrá lugar en Río de Janeiro, del 17 al 30 de abril del corriente año.

Se tratarán los temas siguientes: Aplicación y control de la legislación social en la agricultura. Seguridad social: progresos ob-

tenidos y programas para el futuro. Sistema de remuneración de los empleados y trabajadores intelectuales.

Las anteriores conferencias regionales americanas de la OIT, se realizaron en Santiago (1936), Habana (1940), México (1944) y Montevideo (1949).

La conferencia será inaugurada por el señor Paul Ramadier, presidente del Consejo de Administración de la OIT.

Además representarán al Consejo las siguientes personas: Fernando Cisternas (delegado gubernamental de Chile), Jardim Pereira (delegado gubernamental de Portugal), Narval Tata (delegado empleado de India), Julio Pons (delegado empleado del Uruguay), Alfred Roberts (delegado obrero del Reino Unido), George P. Delaney (delegado obrero de los Estados Unidos).

Asistirán también a esta Conferencia de Río de Janeiro delegaciones de los gobiernos, empleadores y trabajadores de las naciones americanas que integran la OIT, así como representantes de las Naciones Unidas y diversas organizaciones internacionales.

VI CONGRESO NACIONAL DE NIPIOLOGIA Y II JORNADA INTERNACIONAL NIPIOLOGICA

Torino, Italia, 2-5 de junio de 1951

Del 2 al 5 de junio de 1951, por iniciativa de la Sociedad Italiana de Nipilogía, tuvo lugar en Turín el VI Congreso Nacional de Nipilogía y la II Jornada Internacional de Nipilogía bajo el patrocinio del Presidente de la República y bajo los auspicios del Ministro de Instrucción Pública, de las autoridades de Higiene y Salud Pública y de la Obra Nacional de Maternidad e Infancia.

El 2 de junio, en el Teatro Nuevo del Palazzo Esposizioni en Turín, tuvo lugar la solemne sesión inaugural, asistiendo numeroso y selecto público. Pronunciaron aplaudidos discursos, el profesor Musso, Presidente del Comité Organizador, el senador Mattiauda ex Ministro de la Salud Pública del Uruguay y representante de este país y de la Sociedad Uruguaya de Nipilogía, el profesor Bosch Marin Capo, representante de la Dirección General de Salud de España y de la Sociedad Pediátrica Espafiola, el profesor Solverini, Presidente de la Sociedad Italiana de Pediatría, el doctor Cioccetti, Presidente de la Obra Nacional de Maternidad e Infancia, el profesor Cacace, fundador de la Nipilogía y Presidente del Congreso, de la Jornada y de la Sociedad Italiana de Nipilogía y el profesor Mario Cotellesa, Alto Comisario de Higiene y Salud Pública, que abrió el Congreso y la Jornada en nombre del Gobierno. A continuación pronunció la magnífica conferencia inaugural el profesor

Fanconi, Director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Zúrich.

En la sesión científica pronunció la conferencia el profesor Veronesse, Director Central del Servicio de Salubridad de la O.N.M.I. y se leyeron relaciones de científicos italianos y extranjeros, entre las que merecen mencionarse especialmente las del doctor Bauzá, ex Presidente del Consejo del Niño del Uruguay, la del Senador doctor Roberto Berro, Director General del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, la del profesor Bosch Marin de Madrid, la del doctor Cardus de Juesca, la del doctor Charocopos de Atenas, la del doctor Minujin de Buenos Aires, la del doctor Pelfort, de la Sociedad Uruguaya de Nipilogía y la de Pediatría, de los profesores Peluffo y Piaggio Garzón de la Facultad de Medicina de Montevideo, del doctor Rossi de Zúrich, del profesor Rueda, de la Universidad de Rosario de Santa Fe, del profesor Salazar de Sousa, de la Facultad de Medicina de Lisboa y representante de la Sociedad Portuguesa de Pediatría, la de la profesora María Luisa Saldún de Rodríguez y del doctor Portillo del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Luis Morquio" de Montevideo, del doctor Schächter de Marsella, del profesor Sergent, Director del Instituto Pasteur y de sus colaboradores el doctor Foley y Parrot, la del profesor Suárez, catedrático de Pediatría y representante de la Universidad de Santiago de Compostela y de la Sociedad Pediátrica de Galicia, la del doctor Torres Barbosa de la Policlínica de Botafogo de Río de Janeiro, y de los profesores y doctores Carbonell, De Filippi, De San Martín, Rosasco, Ugarte, Vásquez, Cámara, Gazzaniga, Cislagli, Corso, De Toni, Fiore, Gentili Guassardo, Letronico, Marzi, Miraglia del Giudice, Paradiso y Salvioli.

Fueron aprobados votos para la creación de la Cátedra de Nipilogía en la Facultad de Medicina, para la institución del Curso de Perfeccionamiento de Nipilogía y Paidología en la Universidad y para la vacunación-profiláctica de pertussis en el lactante.

Se entregó en una solemne ceremonia el premio "Enrico Menisi" por la Sociedad de Nipilogía a los doctores Sparta y Tauber, después de un conceptuoso discurso del profesor Mussa; se inauguró el Centro Nipiológico "Ernesto Cacace" de la O.N.M.I. de Túrin, pronunciando discursos los profesores Egidi, Veronese y Cacace.

Numerosas e importantes fueron las adhesiones recibidas. Además de la Clínica Pediátrica, de la de Brefotrofi, del Hospital Infantil, de la Federación Provincial de O.N.M.I., de la Revista Científica Italiana, llegó la adhesión de las siguientes entidades, instituciones y sociedades científicas: Accademia degli Agiati di Scienze Lettere e Arti di Rovereto; Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini"; Academia Médico-Quirúrgica del Piceno; Academia Pugliese de la Ciencia; Administración Provincial de Taranto; Asocia-

ción de Pediatras Españoles; Asociación Mexicana de Puericultura; Asociación Nacional para el Niño Lisiado de Montevideo; Asociación Italiana para el Estudio de la Alimentación; Associazione Médica Italiana de Idroclimatología, Talassología e Terapia Física; Beneficencia Provincial de Huesca; Asociación Pediátrica Británica; Casa del Niño de Rosario; Cátedra de Puericultura de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional del Litoral de Rosario; Comité Francés de Educación y de Asistencia al Niño Deficiente; Comune di Firenze; Consejo del Niño del Uruguay; Consiglio Nazionale delle Richerche; Cruz Roja Italiana; Departamento de Salud del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia; Dirección General de Sanidad de España; Dirección General de la Academia y Biblioteca; Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral de Rosario; Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici; Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia; Institut Pasteur d'Algérie; Institut Pasteur de Saigon; Instituto Lombardo de Ciencias y Letras; Instituto Nipiológico de Camerino; Junta Provincial de Protección de Menores de Huesca; Ordini dei Medici di Ancona e di Catania; Hospital Civil de Ancona; Policlínica de Botafogo de Río de Janeiro; Real Academia de Medicina de Barcelona; Real Academia de Medicina de Zaragoza; Sociedad Real de Medicina de Londres; Servicios de Sanidad Infantil y Maternal de España; Servicios Provinciales de Puericultura de Huesca; Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital de los Servidores del Estado de Río de Janeiro; Sindicato Médico de Bolzano; Sociedad Argentina de Nipología; Sociedad Chilena de Pediatría; Sociedad de Pediatría de Galicia; Sociedad de Pediatría de Madrid; Sociedad Ecuatoriana de Pediatría con sede en Guayaquil; Sociedad Portuguesa de Pediatría; Sociedad Uruguaya de Nipología; Sociedad Uruguaya de Pediatría; Sociedad Africana de Italia; Sociedad Juliana de Nipología; Società Italiana di Antropología e Etnología; Sociedad Italiana de Biología Experimental; Sociedad Italiana de Dermatología y Sifilografía; Sociedad Italiana de Economía, Demografía y Estadística; Sociedad Italiana de Genética y Eugenesia; Sociedad Italiana de Medicina Legal; Sociedad Italiana de Ortopedia y Traumatología; Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología; Sociedad Italiana de Otorrinolaringología; Sociedad Italiana de Pediatría; Sociedad Italiana de Psicología; Sociedad Italiana de Sociología; Sociedad Italiana de Historia de la Ciencia Médica y Natural; Sociedad Italiana de Urología; Sociedad Médico-Quirúrgica Bresciana; Sociedad Médico-Quirúrgica de Pisa; Sociedad Oftalmológica Italiana; Sociedad Piemontesa de Obstetricia y Ginecología; Sociedad de Pediatría Helénica; Unión Italiana de Asistencia a la Infancia; Unión Internacional de Pro-

tección a la Infancia; Universidad de Santiago de Compostela; Universidad de Camerino, de Pisa y de Turín.

Adhirieron las siguientes revistas científicas extranjeras: "Acta Pediátrica Española" (Madrid); "Alomeone" (Nueva York); "Archivos de Pediatría del Uruguay" (Montevideo); "Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia" (Montevideo); "Clínica y Laboratorio" (Zaragoza); "La Crónica Médica" (Lima); "Revista Chilena de Pediatría" (Santiago de Chile); "Revista Ecuatoriana de Pediatría" (Guayaquil); "Revista Española de Pediatría" (Zaragoza); "Revista Portuguesa de Pediatría y Puericultura" (Lisboa); "The Journal of Cardiorespiratory Diseases" (New York).

Llegaron también las adhesiones de los profesores y doctores: Almeida Garret (Portugal), Arcieri (Nueva York), Bambarén (Lima), Bettinotti (Buenos Aires), Capone Edwards (Londres), Cavenagt, Navas Migualca y Saenz de los Terreros (Madrid), Cordeiro Ferreira (Lisboa), Corominas (Barcelona), Falconi Villagómez (Guayaquil), Escardó y Anaya y Praderi (Montevideo), Horne Liria y Oliver (Zaragoza), Lesné (París), Lust (Bruselas), Monasterio (Rosario), Sánchez Ríos (Tacubaya), Saroglou (Atenas), Seys (Sai-gón), Tecilazich (Trieste), y Thélin (Ginebra).

Al terminar la sesión inaugural fueron enviados telegramas al Presidente de la República, al Presidente del Consejo de Ministros, al Ministro de Instrucción Pública y al Presidente de la Sociedad Uruguaya de Nipología; con este último telegrama los congresistas resolvieron rendir homenaje a la memoria de Luis Morquio y José Bonaba, eminentes Maestros de la Nipología.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE DIETETICA

Amsterdam, Países Bajos. 7-12 de julio, 1952

El Primer Congreso Internacional de Dietética (I.D.O.) tendrá lugar en Amsterdam (Países Bajos) del 7 al 12 de julio de 1952, en el Instituto Real de los Trópicos, 63, Mauritskade, Amsterdam. Se espera que para esa fecha la fundación de una Organización Internacional de Dietética sea un hecho. Se agradece efusivamente a la señorita Diana J. Ten Haaf, pues gracias a su iniciativa privada y personal y a su trabajo constructivo se ha podido convenir este Congreso. La organización de la asociación se encuentra aún en una etapa preliminar y una de las finalidades principales de la sección administrativa del Congreso será la de redactar los estatutos de esta organización mundial, que comprenderá a todas las Asociaciones de Dietética Nacionales, así como a los profesores, doctores en nutrición, médicos que se especialicen en el estudio de la nutri-

ción, dietistas e Institutos de nutrición y dietética de todo el mundo. Es por eso que es de la mayor importancia que la representación de las Asociaciones de Dietética sea lo más completa posible, pues este Congreso ofrecerá la oportunidad de discutir la constitución y los estatutos de la I.D.O. Se sugiere que un Comité formado por uno o dos miembros de cada Asociación Nacional de Dietética esté presente para discutir durante el Congreso los mencionados estatutos, que ya fueron enviados a los Secretarios de las Asociaciones Nacionales de Dietética el año pasado, con el pedido urgente de que se los estudiará.

La finalidad de este Congreso es, en primer lugar, ofrecer a los representantes de las naciones participantes en el Congreso, una ocasión de encontrarse y establecer contactos personales, y en consecuencia llegar a una mayor comprensión de ciertos problemas de las actividades dietéticas de los diversos países.

Las sesiones de la tarde estarán reservadas a los temas siguientes:

1. La profesión dietética.
2. Sus problemas.

3. La opinión y las ideas de los miembros sobre la utilidad y aun la necesidad de unirse en una Organización Internacional, donde será fácil mantener un intercambio de descubrimientos, opiniones y otras cuestiones entre sus asociados de carácter científico, así como también acerca de los métodos de preparación de los dietistas.

Libros y Revistas

César Rodríguez Expósito, de la Academia de la Historia. — FINLAY. La Habana, 1951.

En 1950 un eminente jurado reunido en la ciudad de La Habana otorgó por unanimidad el premio "Finlay-Delgado" al escritor cubano César Rodríguez Expósito, y al leer el magnífico trabajo, un libro de más de 300 páginas, no puede uno menos que pensar en que la figura del Dr. Carlos J. Finlay, una de las más grandes de la medicina y la higiene americana, encontró el expositor brillante, erudito, serio y ameno, que con justicia se merecía.

Empieza el libro, tan interesante que una vez abierto cuesta mucho interrumpir su lectura, con datos biográficos muy completos sobre la familia, la niñez y la juventud del insigne médico cubano, acompañados estos informes con una serie de fotografías de gran interés. Más adelante al referirse a la grave epidemia de cólera que azotó la isla de Cuba en 1867 y 1868 trae informes muy interesantes que revelan ya la recia envergadura científica del Dr. Finlay.

Las luchas del sabio para ingresar a la Academia de Ciencias de La Habana, y su actuación en la misma, son relatadas con precisión y resultan verdaderamente consagratorias para el gran cubano.

Los capítulos siguientes dedicados al esfuerzo de Finlay hasta descubrir y probar que es el "culex mosquito" o "stegomya fasciata" el agente trasmisor de la fiebre amarilla, están escritos con minuciosidad rigurosa, verdad histórica y científica.

Finlay fué un luchador incansable, nada obtuvo en su vida fácilmente, todo hubo de conquistarlo con dolor y con esfuerzo. No lo deparemos, esto es a menudo el sino de los mejores, lo que amasa la pasta gloriosa de los triunfadores. Venerado por sus contemporáneos se retiró a la vida privada a los 76 años, y murió en su residencia de El Vedado pocos años más tarde. Después de su muerte sus admiradores continuaron la lucha, pues no han faltado a esta gran figura cubana los que han intentado —inútilmente por cierto— empalidecer sus méritos, sus servicios a la América, a la humanidad, su gloria en fin, que resplandece finalmente justiciera y luminosa.

El libro laureado de Rodríguez Expósito ha de ser necesariamente leído y apreciado por todos los hombres de América que quieran conocer bien la vida y las luchas de Carlos J. Finlay, a

quien como ha dicho un eminent historiador nadie podrá omitir al mencionar a los constructores descollantes de la América.

Por nuestra parte, al leer la obra comentada, hemos visto renacer en nuestro espíritu toda la admiración que por Finlay sentimos intensamente desde aquel inolvidable viaje a fines de 1927 en que pasamos días hermosos en la bellísima y acogedora capital de Cuba, con motivo del V Congreso Panamericano del Niño.

Roberto Berro

Dr. Alfonso G. Alarcón. — POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA, PARALISIS INFANTIL. ENFERMEDAD DE HEINE MEDIN. ESTUDIO ESTADISTICO, EPIDEMIOLOGICO, CLINICO, PROFILACTICO, Y TERAPEUTICO. LAS EPIDEMIAS DEL MAL EN MEXICO. 1 Vol. de 312 págs. Ediciones Cicerón. México, 1951.

Esta obra, premiada por la Academia Nacional de Medicina, 1949-50, contiene un resumen de los acontecimientos actuales relativos a la Poliomielitis anterior aguda, resumiendo la experiencia sanitaria, médica y social que se ha adquirido en México con respecto a la temida enfermedad.

Como los primeros empujes epidémicos mexicanos datan de 1946 esta experiencia no es muy grande, como en otros países de América (Véase Epidemiología de la Parálisis Infantil en las Américas, en los Nos. 92 y 97 de nuestro BOLETIN, correspondientes a marzo de 1950 y junio de 1951, donde he reunido los empujes epidémicos de todos los países del continente).

El mérito del autor consiste principalmente en haber presentado un resumen al día de todos los conocimientos sobre esta enfermedad, considerando especialmente las más recientes concepciones y experiencias.

La epidemiología en México, la patogenia y la clínica ocupan los tres primeros capítulos, en los cuales el autor especifica todos los detalles referentes a estas materias, teniendo en cuenta de una manera especial los datos europeos y de los Estados Unidos.

El capítulo de la Anatomía Patológica, muestra la catástrofe íntima de la Poliomielitis, como pintorescamente la denomina, la discordancia entre la clínica y la Anatomía Patológica y la distribución de las lesiones. Un capítulo especial se ocupa de la familia de los virus poliomielíticos que deben ser distinguidos por las pruebas inmunológicas. El problema de la terapéutica, tan discutido en estos últimos tiempos, es pasado en revista en los diversos períodos de la enfermedad, exponiendo todos los distintos puntos de vista que han hecho polemizar tanto a electroterapeutas, ortopedistas y a los que buscan las soluciones en la quimioterapia. No deja de ocupar-

se de la profilaxia, que sería la solución radical del terrible problema.

La conducta sanitaria en los empujes epidémicos de poliomielitis está condicionada naturalmente al concepto que se tenga de la enfermedad. Con todo ello debe ser tomada porque elimina factores etiológicos y calma la lógica inquietud de las poblaciones que se ven atacadas.

Siempre con el buen deseo de buscar una solución al angustiante problema, se refiere el autor a la epidemia de Cincinnati de 1947, en la que se demostró la posible existencia de virus de alta y baja virulencia. Si se identificara la existencia de esos virus de escasa virulencia o de virulencia atenuada y se le llegara a aislar, se podría prever una nueva profilaxia, ya que produce la enfermedad de tipo gripal benigno y confiere inmunidad respecto de nuevos ataques que podrían ser virulentos.

Cierra el valioso estudio con algunos capítulos más y una interesante bibliografía. En esta última, a pesar de que aparecen mencionados algunos trabajos sudamericanos y del Río de la Plata, con todo demuestra que la cultura médica del autor es preferentemente europea y de los Estados Unidos. Debemos reconocer al Dr. Alarcón su empeño en procurar el conocimiento de la pediatría de los diversos países americanos, por lo que es del caso pensar si nuestra no es un poco la culpa, pues no damos a nuestra literatura médica la debida distribución entre los países hermanos de América.

El libro del Dr. Alarcón es de gran mérito. En materia tan trillada y conocida, ha sabido presentar una serie de capítulos que lo hacen útil para todo el que quiera familiarizarse con lo que se sabe hoy de poliomielitis y la realidad mexicana. Felicitamos al autor por su valioso trabajo que contribuye en forma tan eficaz a la divulgación entre los médicos de tan útiles y actuales conocimientos.

Víctor Escardó y Anaya

Dr. Juan Bosch Marín. — EL HOSPITAL INFANTIL Y MATERNAL EN ESPAÑA. 1951.

El folleto del distinguido pediatra español Bosch Marín, presentado a la III Reunión Nacional de Sanitarios Españoles plantea el interrogante de si la sanidad infantil ha progresado poco o mucho en los últimos años. Pasa en revista lo que los hospitales de niños han contribuido al progreso de la pediatría, al aumento de internación en las maternidades, la mejor asistencia técnica y la coordinación de las instituciones, elementos que han contribuido al progreso alcanzado. Acompañía luego una serie de mapas de

cada una de las provincias españolas con el número de camas destinadas a la maternidad y a la infancia.

Víctor Escardó y Anaya

Dr. Juan Bosch Marín. — LA PUERICULTURA DEL LACTANTE EN ESPAÑA. — Madrid, 1951.

Este trabajo, presentado a las III Jornadas Internacionales Nipiológicas, tiene el interés especial de hacernos conocer la organización sanitaria española materna e infantil, tanto oficial como particular, con las directrices generales de la puericultura allí practicadas. El resultado obtenido se pone de manifiesto en el descenso de la mortalidad infantil, que era al comienzo del siglo de 186 y ha bajado en 1948 a 64. Esta mortalidad es estudiada en sus distintos aspectos con una amplia documentación relativa a edades y causas.

Víctor Escardó y Anaya

ANAIS DA III JORNADA BRASILEIRA DE PUERICULTURA E PEDIATRIA. — VOLUME I — PUERICULTURA SOCIAL. Salvador, Bahía, Brasil, 1950.

La Tercera Jornada Brasilera de Puericultura y Pediatría reunió a profesionales de todo el Brasil para examinar y discutir problemas relativos a la maternidad y a la infancia. Se realizó en la ciudad de Bahía en homenaje a la celebración del 4º aniversario de su fundación. Fueron presentados sesenta trabajos científicos, habiéndose realizado una exposición de puericultura de gran valor documental.

En el tomo publicado aparecen veintitrés comunicaciones relacionadas con los tres primeros temas: a) mortalidad materna, b) mortalidad del niño de 1 a 2 años y del preescolar, c) la visitadora de puericultura en la protección a la maternidad y a la infancia. Se publican al principio los discursos pronunciados en la solemne sesión de apertura.

El profesor Clovis Correia da Costa del Departamento Nacional da Criança (Instituto Fernandes Figueira) de Río de Janeiro presenta un tratado completo sobre el tema de la mortalidad materna, con una amplia documentación y estudio minucioso de causas y medios de combatirla. Siguen luego tres interesantes comunicaciones sobre el mismo tema de J. Adeodato Filho, Dr. Heitor Silveira, Emilio Leão de Mattos Sóunis ,y finalmente otro de Iwan de Oliveira Figueiredo y Cid Ferreira Jorge.

Nuestro particular amigo el Dr. Pio Taborda Veiga inicia la segunda parte, estudiando la mortalidad encima de un año, tema

que completan los trabajos de Jorge Baratta, Julio Cavalcanti Lopes y Elísio Pereira de Athayde, Regina Viana y Judith Chicoural, Haroldo Beltrão y Domicio Costa, Miguel José Pedro y Miguel Sales Cavalcanti.

Otro grupo interesante de trabajos se refiere al preescolar y a la visitadora de puericultura en la protección a la maternidad e infancia.

Sintetizaremos las conclusiones a que llega este primer volumen.

Mortalidad Materna. — Tiende a reducirse. El factor más importante es la infección puerperal. Han de tenerse en cuenta los factores económico-culturales, la subnutrición, las parasitos. Se deben aumentar los consultorios prenatales y los lechos gratuitos. Se impone la mejora de la asistencia técnica del parto, generalizar el Servicio Social y fomentar la enseñanza y la asistencia.

Mortalidad del niño de 1 a 2 años. — Es elevada y la mayor después del primer año. Predominan disturbios gastroenterotróficos, enfermedades respiratorias e infecciones. Como las causas son paralelas a las de la mortalidad infantil, los mismos métodos de protección y asistencia deben ser incrementados, dirigiendo su actividad en modo particular contra la miseria y la ignorancia.

Mortalidad del preescolar. — En gran parte el preescolar no está protegido como corresponde. El ambiente físico y el aspecto económico-social tienen una gran influencia sobre la mortalidad del preescolar. Las enfermedades infecciosas y las parasitarias son las causas más importante de muerte, por lo que se recomiendan las vacunaciones preventivas. También deben tenerse en cuenta las causas digestivas y respiratorias. La tuberculosis debe ser mejor estudiada, utilizándose los medios modernos. Finalmente, la Comisión propone que se considere edad preescolar el período comprendido entre los dos y los siete años.

La visitadora de puericultura. — La asistencia materno-infantil no puede concebirse sin la participación de la Visitadora de Puericultura en sus Servicios. Como no es posible obtenerlos en número y calidad suficientes, se propone, como medida de emergencia, cursos rápidos de ocho meses.

Víctor Escardó y Anaya

COLLECTED REPRINTS OF THE GRANTEES of the National Foundation for Infantile Paralysis — Vol. X (2 tomos) New York. 1948.

Acaba de llegar a nuestra biblioteca el volumen 10 de esta interesante recopilación que contiene 135 trabajos sobre parálisis infantil aparecidos en el año 1949.

Conserva siempre el mismo aspecto, esto es, el de juntar los apartados publicados como resultado de la labor estimulada por la Fundación. Su conjunto representa un magnífico aporte científico.

No siendo posible realizar el análisis de cada uno de los trabajos en los que los estudiosos encontrarán un material del más alto interés, felicitamos a la Fundación y a su Presidente el Dr. Basil O'Connor por su continuada y eficiente labor de colaboración al estudio de la parálisis infantil.

Víctor Escardó y Anaya

Dr. Rogelio H. Valenzuela. — MANUAL DE PEDIATRÍA. 1 volumen de 823 págs. Imprenta Gallarda. México, 1951

El distinguido profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México, me envía su Manual de Pediatría que acaba de publicar con la colaboración de los conocidos pediatras mexicanos Jorge Muñoz Turnbull, Fernando López Clares, Roberto Ramos Motilla, Rafael Soto A., Roberto Núñez Andrade y José Peinado Altable.

El origen de este libro es muy interesante, por cuanto él nació a raíz de la constitución de la Asociación de Profesores de Pediatría de la República Mexicana, realizada como fruto de los Congresos de Pediatría del año 1949. Entre las resoluciones tomadas fué una la relativa a la publicación de un libro de Pediatría. El doctor Hernández Valenzuela tomó para sí la importante tarea y acaba de editar su libro que me ha llegado con una afectuosa dedicatoria.

Se trata de un Manual para los estudiantes que contiene más de 800 páginas el que se encuadra dentro del programa de enseñanza de esta disciplina en la Facultad de Medicina, con un criterio puesto al día. Añadido a ésto, la obra tiene un carácter predominantemente mexicano.

Presentado así en este plan, hacer un análisis del libro sería revisar uno a uno los capítulos de la ciencia pediátrica que el autor ha condensado y puesto al día. Pero algunas consideraciones son dignas de tenerse en cuenta. Y es la primera de ellas que se trata de un libro fruto del saber y de la experiencia mexicana principalmente. Esto sólo ya es un mérito y dará a los discípulos que lo estudien al par que los conocimientos necesarios, la conciencia de su valor mexicano. Y esto es mucho en un continente como el nuestro que necesita afirmar sus valores y tomar conciencia de su personalidad.

Algunos capítulos, como el que se refiere a las características de la alimentación popular del niño mexicano, dan una acentuación a un tema muy a menudo poco conocido en nuestro mundo pediátrico. No obstante haber sido los pediatras los primeros que

nos hemos ocupado de dietética con atención especial, es lo cierto que esta preocupación ha llevado a un conocimiento más preciso y detallado de lo que se refiere al niño pequeño, casi exclusivamente. Hoy el problema toma mayor amplitud y se justifica cada vez más que tome un alcance nacional. Es muy interesante el cuadro de verduras, raíces, tubérculos y frutas, aunque en él chocamos con el mismo inconveniente que tienen en nuestro continente esta clase de estudios: la diversidad de nombres desconocidos para alimentos bien conocidos. Hay que ir a la producción de un diccionario que presente los sinónimos en los distintos países, porque si no ellos resultan ininteligibles.

Creo que el Manual del profesor Valenzuela será de gran utilidad a los estudiantes, a los médicos y a los pediatras, por presentar condensada la ciencia médico-pediátrica del momento, por lo que el autor merece una calurosa felicitación extensiva a toda la escuela pediátrica mexicana, de la que el libro es un magnífico exponente.

Víctor Escardó y Anaya

Film Centre de Londres. — LOS GRUPOS MOVILES DE CINE Y RADIO EN LA EDUCACION FUNDAMENTAL.

Dentro de ese gran movimiento realizado por UNESCO para alcanzar la educación fundamental de las "masas", no podía pasar inadvertido el empleo del cine y la radio, elementos que viene utilizando en todas las campañas realizadas, en particular para combatir la ignorancia y el analfabetismo.

El presente volumen de 204 páginas es el resultado de un detenido estudio realizado por el Film Centre de Londres, a pedido de UNESCO, utilizando en gran parte la información de los técnicos de esta organización, en particular sobre el empleo de grupos móviles de cine y radio, con los múltiples y discutidos problemas que presenta su acertada utilización.

Los diversos capítulos se refieren a los temas siguientes: El empleo en el mundo del cine ambulante. Medios de transporte. Proyección y proyectores. Sonido y radio. Programas. Formación profesional y administración. Investigación. Conclusiones.

Además, se agregan varios apéndices donde se da a conocer detalladamente con dibujos y fotografías, la utilización de grupos móviles empleados en diversos países, no sólo para la enseñanza teórica sino también para utilización práctica como en el caso de clínicas rodantes donde se hace medicina preventiva, o el caso de enseñanza práctica de agricultura, economía doméstica, etc.

En resumen, es una publicación de gran interés para quienes utilizan en la enseñanza, el cine y la radio.

Emilio Fournié

Informaciones

EQUIPOS DE OBSTETRICIA. — Los médicos son los que "traen" a los bebés en algunas partes del mundo, pero en un mayor número de lugares actúan las parteras. En las manos de estas mujeres hay gran poder para hacer bien o para perjudicar. Para el bien, porque para millones de personas dispersas en granjas, bosques y selvas ellas son las únicas que tienen preparación médica. Millones de madres confían en su servicial ayuda, y les piden consejo cuando no encuentran médicos ni enfermeras. Por otra parte, existe la posibilidad del daño que pueden causar a la madre y al recién nacido debido a su ignorancia, superstición y falta de preparación.

En reconocimiento a su importante trabajo, actualmente, las Naciones Unidas, por medio del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas, están tratando de ayudar a las obstetras. Está dando, por lo menos a 4.000 de ellas, en Asia y en América Latina, el "maletín" más moderno y completo, y con cada equipo este mensaje, en el idioma vernáculo: **Este equipo de obstetricia ha sido comprado por UNICEF, con dinero donado por gente de todas partes del mundo. Se le entrega para ayudarla en su trabajo de partera. Con este equipo UNICEF espera que pueda atender bien a las madres de su comunidad y a sus recién nacidos.**

Estos equipos tienen un valor mucho mayor al de su número y costo. Hacen posible a los gobiernos de los países a los que UNICEF presta su ayuda, que emprendan el adiestramiento de parteras, de manera que trabajen en sus propias ciudades y aldeas. Se les entregarán los equipos mientras se estén preparando en uno de los centros que tienen esta finalidad, y al finalizar su aprendizaje el equipo será de su propiedad, para usarlo cuando trabajen por su cuenta.

Un equipo de obstetricia, y su contenido, puede no parecer una cosa muy importante para aquéllos que están donde se puede comprar lo que se quiere si se tiene el dinero. En las zonas rurales donde van a ser usados estos equipos, particularmente en los países asiáticos, estos artículos no se pueden obtener fácilmente, y allí tampoco hay dinero con que comprarlos en cualquier otra parte: —termómetros, jeringas, balanzas para bebés, agujas— no sólo es casi imposible encontrar estos adminículos, que para su fabricación necesitan una industria experta y bien desarrollada, sino que también es un problema encontrar imperdibles, hilo y telas. (Cada equipo tiene su aprovisionamiento de estos artículos pequeños así como también instrumentos, y más aún, se preveen extras para parto en casos de mellizos).

Un delantal de goma y un par de guantes de goma figuran en el contenido.

El equipo es notable no sólo por su contenido, sino también por otra razón: la atención, esfuerzo y cuidado que han sido necesarios en la selección y arreglo. Cuando UNICEF por primera vez comenzó a entregar estos equipos, tenía diversidad de pedidos de gran número de países, pero ni dos listas eran semejantes, aunque cada una de ellas pedía un equipo con la misma finalidad. Entonces, el doctor Leo Eloesser, un cirujano americano del personal de UNICEF, propuso que ya que el proceso del nacimiento era el mismo en todas partes, sería razonable estar preparado para ello en la misma forma. Con esta premisa, contra la cual no hay argumento, UNICEF comenzó a formar un equipo standard de obstetricia para poder usarlo en cualquier parte del mundo.

Se pidió la opinión sobre el problema a consultantes —ginecólogos, enfermeras y parteras— de la Organización Mundial de la Salud. El doctor Eloesser tuvo sus propias ideas basadas en sus experiencias realizadas en el interior de la China, ayudando a encauzar la preparación de parteras en las zonas rurales. Los expertos trabajaron junto con los representantes de las compañías de suministros, y con los funcionarios de UNICEF. El resultado fué que se hicieron "alforjas" de 15 a 16 libras, hechas de dos partes separables, cada una ajustada a la última pulgada de espacio, con lo esencial y nada más.

Quizás sea más interesante lo que se eliminó que lo que se incluyó: se suprimió una palangana porque "una palangana no se puede mantener limpia". En su lugar, se hicieron sugerencias acerca de cómo una partera podría utilizar una fuente de agua corriente. Los antisépticos también se suprimieron de la lista: el jabón y el agua hervida los reemplazarán.

Un artículo que se incluyó y que dice mucho acerca de las circunstancias que probablemente tengan que enfrentar las parteras, es un pulverizador conteniendo DDT. Está destinado a ser usado para las ropas de cama contra los piojos, pulgas y otros insectos, y así proteger a la madre y al niño.

También hay un reloj de arena, de los que se usan en la cocina para medir el tiempo cuando se cocinan huevos. Son los sustitutos para los relojes y las parteras los usarán para tomar el pulso. "A diferencia del reloj" —así lo recuerdan las instrucciones— "el reloj de arena no se descompone".

El equipo incluye una linterna eléctrica para sujetar con correas en la cabeza, que será de gran beneficio para aquellas mujeres, que tienen tan a menudo que trabajar en chozas sin ventanas, iluminadas de noche nada más que por la luz vacilante de una lámpara de aceite.

Se dan consejos, también, para obtener un sustituto para el agua pura destilada: agua de lluvia o de la nieve hervida. UNICEF proporciona el nitrato de plata que se disuelve en el agua destilada y se vierte en los ojos del bebé recién nacido. UNICEF da el cuen-tagotas. Forman parte del equipo una serie de remedios que no son nada fáciles de conseguir en los países en los que se va a prestar ayuda, tales como cápsulas para los enfermos de malaria, tabletas para calmar y adormecer, etc.

Se dan instrucciones explícitas para el cuidado y mantenimiento del instrumental. El modo de probar la precisión de un termómetro es simple, se les dice a las parteras: colocad dos termómetros en la boca al mismo tiempo; si las indicaciones de los instrumentos graduados varían, hay que devolverlos para que los sustituyan.

Además de todas las recomendaciones, se agrega: "El material de este equipo es de primera clase. Usted debe tener cuidado de que no se deteriore, ni se rompa o se pierda, pues además de ser caro y quizás difícil de reponer, es la contribución de los ingresos de mucha gente trabajadora como usted misma, de muchas partes del mundo. Por esta razón debe valorarlo.

"Mantendrá su contenido limpio, prolíjo y en buen funcionamiento. Una partera que tiene la jeringa rajada o sucia, y las agujas con las puntas gastadas, no puede ser una buena partera. Los destrozos son inexcusables. Una persona que quiebra termómetros y jeringas demuestra que no sabe cómo usar sus manos".

Luego se manifiesta que: "UNICEF ha pedido el asesoramiento de la Organización Mundial de la Salud y de experimentados obstetras y parteras para seleccionar el contenido del equipo; UNICEF también pide su consejo y su experiencia práctica. Por eso, adjunta una hoja que ruega se llene después de haber usado el equipo durante seis meses. Entréguela a las autoridades locales o échela al correo para la Misión UNICEF (se da la dirección).

"UNICEF dará la bienvenida no sólo a expresiones de aprobación, sino también a las críticas que usted haga, o las sugerencias para perfeccionar el equipo. Puede encontrarse que equipos similares con el mismo propósito pueden hacerse en su país con materiales, que aunque diferentes, puedan prestar igualmente utilidad".

Los países señalados para recibir este tipo de ayuda de UNICEF son: Afganistán, Burma, Ceylán, India, Indonesia, Pakistán, Filipinas, Tailandia, el norte de Borneo, Brasil y Colombia.

Muchos de los países que reciben esta ayuda no tienen aún servicios de salud pública en las zonas rurales, ni, a pesar de todos sus esfuerzos, es probable que cuenten con dichos servicios sin un largo y difícil período preparatorio.

Estos países tienen relativamente pocos médicos: en Indonesia, por ejemplo, hay sólo un médico para cada 70.000 personas. Los médicos en esas partes del mundo como en otras, tienden a congregarse en las ciudades. Lo que es cierto para los médicos lo es aún más en lo que respecta a las nurses y parteras preparadas; de hecho, en algunos países la tradición se impone impidiendo que las mujeres abandonen sus hogares para practicar estas profesiones. Pakistán, por ejemplo, actualmente se está empeñando en lograr, mediante un mayor esfuerzo persuasivo, que jóvenes cultas den el ejemplo comenzando a adiestrarse; aquellas que responden tienen más que el valor común. Aun si las aspirantes estuvieran disponibles en número suficiente para hacer frente a las necesidades, en la gran población de Asia, aun habría el problema de dónde podrían prepararse y quien les enseñaría.

Ahondando más en este problema, diremos que aun si hubiera personal médico para ser adiestrado en número suficiente, y si estuvieran de acuerdo en alejarse de las ciudades, como las cosas están ahora, hallarían difícil hacerse útiles entre la gente del campo donde su trabajo se necesita con más urgencia, pues un servicio de salud en aquellas comunidades rurales, prácticamente, no existe. Tendrían que adaptarse a los medios más primitivos, construir viviendas, preparar equipos, obtener suministros y entonces tratar de ganarse la confianza de la gente, un sendero largo e incierto que descorazonaría a la mayoría.

Las propuestas que presentan aquéllos que buscan hacer algo para enfrentar la situación siempre encuentran la misma respuesta, aunque dada de mala gana: "No hay dinero". Estos países tienen muy poco para gastar en salud pública: en tres países que podrían ser considerados típicos —India, Pakistán y Tailandia— el presupuesto total dedicado a la salud— incluidos médicos, hospitales y medicinas— fluctúa entre 10 y 20 céntimos por persona por año.

Con todo, la determinación es que todos estos problemas deben ser enfrentados y solucionados. Atacando primero las cosas fundamentales, estos países solicitan ayuda a UNICEF y a WHO para comenzar el adiestramiento. Esta última organización está prestando su ayuda técnica; UNICEF provee suministros para los proyectos bien resueltos por los gobiernos, WHO y mismo UNICEF. Estos suministros de UNICEF incluyen equipos para escuelas, hospitales y clínicas que pueden ser usadas como centros de adiestramiento para los trabajadores de salud pública. Un centro así, se está formando en Lahore, en Pakistán; en Burma, un hospital se está convirtiendo en un centro de adiestramiento; así la ayuda prestada por UNICEF sirve de inmediato para auxiliar a las ma-

dres y niños, pero también sirve para el objetivo más amplio de proveer centros, donde muchachas y mujeres pueden ser adiestradas.

En todas estas múltiples actividades, el papel de la partera es potencialmente importante, pues ella tiene en sus manos, el éxito o fracaso de muchos de estos esfuerzos. Es la que tiene contacto directo con la familia, y por causa de su trabajo, se gana su confianza. Los campesinos pedirán consejo a la partera, como ya lo ha demostrado la experiencia.

El método de preparar mujeres de educación común para parteras fué iniciada, con la ayuda del Fondo, en China en 1948-49, y los informes del país indican su gran utilidad. Un comité de la Asamblea Mundial de la Salud, en una reunión celebrada recientemente en Ginebra, aprobó la preparación de este tipo de personal auxiliar.

Existe la posibilidad de mayores desarrollos en tales programas de adiestramiento; pero, por ahora, los proyectos puestos en acción en los países ayudados por UNICEF, tienden a la preparación de un cuerpo de parteras, que llegado el momento, trabajarán con las viejas parteras de las aldeas. Su tarea será enseñarles las mejores prácticas de obstetricia y al mismo tiempo inducirías a abandonar las viejas prácticas no sanitarias que contribuyen a la muerte o si no a dañar a la madre y al niño. Hasta que no aprendan métodos nuevos y mejores, continuarán haciendo una cataplasma con hojas de hierbas mascadas y aplicándolas sobre el ombligo del bebé recién nacido, o emplastando el mismo con estiércol de vaca, o agotando a la madre con mil hechizos de brujerías inútiles.

Más importante, y esto es lo esencial del asunto, —hasta que las parteras viejas y jóvenes, puedan ser adiestradas y puestas en actividad, y hasta que otra ayuda se consiga para esta gente— las cifras de mortalidad infantil y materna continuarán con sus altos niveles actuales. El problema sanitario que esas estadísticas presentan puede ser calculado por una comparación con una de las cifras más bajas del mundo, sólo 30 niños mueren de 1.000 nacidos vivos en los Estados Unidos de América. El "mejor" promedio de mortalidad infantil registrado en el Sur Este de Asia, es de 72 muertos para el mismo número de nacimientos. En la India, se calculan 130 muertes por 1.000 nacimientos, y en Burma, 200 muertes. Para algunos grupos de población, el promedio conocido es aún mayor. No se conocen las cifras concernientes a la mortalidad materna, pero mientras en algunos países, actualmente, no se oye decir que una mujer muera por dar a luz —en los Estados Unidos de América se ha llegado a un promedio de mortalidad materna de 3,5 por 1.000 nacidos vivos— en otros países muchas mujeres mueren en el momento del parto, o como consecuencia de éste.

La muerte de la madre trae en seguida el problema del cui-

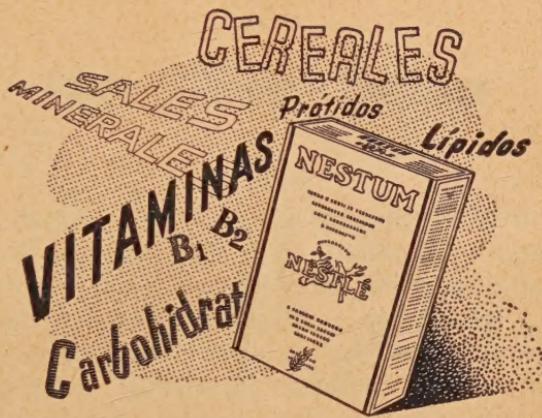
dado de los niños que quedan; la muerte de un niño, aparte de la consideración humana de cariño y esperanza, es la pérdida de una vida, y el nacimiento de un niño en circunstancias que hagan poco probable que llegue a la madurez, es una doble pérdida. No solamente era "una boca más para comer"; era potencialmente un contribuyente adulto para la riqueza general y que se necesitaba, a pesar de todo lo que parecería negar este hecho.

Esa es la razón fundamental del esfuerzo que ahora se está haciendo en estos nuevos "viejos" países para conseguir ayuda para estos niños y sus madres; es para esta tarea que se ha pedido la ayuda de las Naciones Unidas y que está siendo proporcionada, si bien no en la medida que se necesita, por lo menos se está en sus comienzos.

LA DOCTORA MARTHA M. ELIOT RECIBE UN PREMIO. —

La "New York Infirmary", institución fundada por la Dra. Elizabeth Blackwell, primera mujer médica de los Estados Unidos doctorada en 1849, acaba de conceder cinco distinciones a médicas por sus importantes servicios en el campo de la medicina. Ellas fueron las doctoras Martha M. Eliot, Katharine MacFarlane, Annie V. Scott, Ethel C. Dunham y Edith L. Potter.

La Dra. Eliot, nuestra delegada Técnica de los Estados Unidos y actualmente Jefe del Children's Bureau de Washington fué citada en reconocimiento de su valiosa labor en la protección a la infancia y en la salud pública internacional. Como Sub-Jefe del Children's Bureau, actuó en forma decisiva en el desarrollo de amplios programas materno-infantiles y para niños lisiados, habiéndose preocupado con eficiencia de la medicina preventiva. En la Organización Mundial de la Salud en su carácter de Director Adjunto, tuvo oportunidad de poner en práctica los resultados de su experiencia médica, extendiéndolos al mundo entero.



NESTUM es un alimento a base de cereales pre cocidos, enriquecidos en vitaminas del grupo B y en sales minerales.

Para niños sanos se emplea como decocción o papilla para completar y equilibrar el régimen lácteo.

Para niños enfermos y adultos, régimen de reforzamiento en casos de nutrición deficiente, y como elemento de la dieta en enfermedades gastrointestinales. De preparación fácil y rápida, pues se disuelve en cualquier líquido y no necesita cocción.

NE STUM



Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

**BOLETIN
DEL
Instituto Internacional Americano
DE
Protección a la Infancia**

PUBLICACION TRIMESTRAL

Avda. 18 de Julio N.º 1648 — Montevideo (Uruguay)

PRECIO DE SUSCRIPCION

En el Uruguay

Valor del tomo (4 números)	\$	3.00
» » número suelto	»	0.75

En los demás países

Valor del tomo (4 números)	dólares	2.00
» » número suelto	»	0.50

PRIX D'ABONNEMENT

A l'Uruguay

Prix du volume (4 numéros)	\$	3.00
» d'un numéro	»	0.75

Dans les autres pays

Prix du volume (4 numéros)	dollars	2.00
» d'un numéro	»	0.50

SUBSCRIPTION PRICES

In Uruguay

One volume (four numbers)	\$	3.00
Single number	»	0.75

In other countries

One volume (four numbers)	dollars	2.00
Single number	»	0.50

AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.

LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.

CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.

GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.

LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.

LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.

EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.